

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 novembre 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Piguet, juge et Mme Gabellon, juge assesseure  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à (...), recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

**V.**\_\_\_\_\_**ASSURANCE**, à (...), intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève,

---

**Art. 6 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 15 janvier 2002, S.\_\_\_\_\_, né en [...], a fait une chute en se rendant sur son lieu de travail. Il s'est heurté la tête sur le pare-chocs de sa voiture. Il a subi notamment une perte de connaissance, des vertiges, une vision altérée, des cervicalgies et des lombalgies. Il également développé par la suite des céphalées, des troubles mnésiques ainsi que des problèmes de concentration. Le cas a été pris en charge par V.\_\_\_\_\_ Assurance (ci-après : V.\_\_\_\_\_ Assurance ou l'intimée), qui lui a alloué des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2004 (cf. décision du 4 février 2005). Le cas a fait l'objet d'une procédure de recours auprès du Tribunal des assurances (AA 59/05 - 48/2006, 9 février 2006), puis du Tribunal fédéral, qui a renvoyé la cause à la V.\_\_\_\_\_ Assurance pour instruction complémentaire (arrêt du 21 septembre 2007, TF U 371/06). Après avoir complété l'instruction de la cause par la mise en œuvre d'une expertise neurologique, V.\_\_\_\_\_ Assurance a maintenu la suspension du droit aux prestations au 31 mars 2004, de même que le refus d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité par décision du 22 juin 2010 et décision sur opposition du 9 août 2010, confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (arrêt du 16 mai 2011, AA 84/10-61/2011) et le Tribunal fédéral (arrêt du 8 juin 2012, 8C\_447/2011).

En lien avec l'accident de 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en 2009, que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a rejetée par décision du 25 mai 2011, considérant qu'il ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé. Cette décision a été confirmée par arrêt du 27 juin 2013 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 197/11-154/2013).

**B.** L'assuré a été engagé dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 par [...] (ci-après : l'employeur) en qualité de représentant (vente à domicile) à 70%. A ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par la V.\_\_\_\_\_ Assurance.

Par déclaration de sinistre du 21 juillet 2015, l'employeur a annoncé l'accident dont l'assuré avait été victime le 15 juillet 2015 dans le cadre de son activité professionnelle, en décrivant les circonstances suivantes :

« M. S.\_\_\_\_\_ s'est arrêté sur un parking en bord de route pour passer un coup de téléphone : en sortant de son véhicule il a tapé la tête contre le montant de la porte, raison pour laquelle il s'est trouvé déséquilibré et étourdi, ce qui a provoqué une chute en arrière sur le dos et les fesses, lui provoquant subitement de fortes douleurs dorsales. Il est resté plus d'un quart d'heure bloqué sans pouvoir se lever ».

Devant la persistance de douleurs, l'assuré s'est rendu chez le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-traitant, le 17 juillet 2015. Dans un certificat médical LAA du 21 juillet 2015, ce médecin a indiqué comme diagnostic « douleur irradiant du MI [membre inférieur], dorsalgies bilatérales > suspicion hernie et canal étroit, compression canal ». L'incapacité de travail était totale depuis la date de l'accident et jusqu'au 15 août 2015 probablement. Il était trop tôt pour se prononcer sur la suite du traitement, qui se limitait pour le moment à la prescription d'anti-inflammatoire et à une injection intramusculaire.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] de la colonne lombo-sacrée réalisée le 21 juillet 2015 à la demande du Dr J.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une discopathie avec protrusion postéro-médiane engendrant un rétrécissement canalaire qui était focalement sévère. Par ailleurs, la discopathie en L4-L5 et L5-S1 était sans conflit disco-radulaire.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a signalé des douleurs dorso-lombaires et dans les membres inférieurs mal systématisées avec une évolution stagnante. Les douleurs étaient présentes autant en position assise, couchée qu'à la marche, dont le périmètre était décrit comme très limité. L'assuré se plaignait également d'épisodes migraineux avec photophobie et nausées, un sentiment de confusion et des épisodes de tremblement. L'assuré apparaissait épuisé et un peu ralenti et confus, ce qui évoquait un

syndrome post-commotionnel. La situation ne commandait pas de geste chirurgical pour l'instant, mais plutôt une prise en charge pluridisciplinaire en vue d'une évaluation neurologique, éventuellement en vue d'une prise en charge de type infiltratif auprès des antalgistes.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré à la consultation du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel a retenu, dans un rapport du 8 octobre 2015, le diagnostic de lombalgies mécaniques subaiguës avec troubles dégénératifs étagés avec un canal lombaire étroit L4 grade B, déconditionnement physique global et focal, des cervicalgies et douleurs occipitales gauches et un antécédent de commotion cérébrale le 15 juillet 2015. Il existait un substrat anatomique pouvant expliquer les douleurs lombaires avec surtout un canal lombaire étroit. Cela étant, l'assuré avait présenté deux commotions cérébrales avec perte de connaissance sans avoir bénéficié d'un bilan neuropsychologique, neurologique ou psychiatrique. Une IRM de la colonne cervicale devait permettre d'éliminer une syringomyélie post-traumatique et d'autres lésions qui pouvaient être en relation avec l'accident de 2015.

A la demande du Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr [...] a réalisé une IRM de la colonne cervicale le 29 septembre 2015, mettant en évidence un bombement discal circonférentiel C4-C5 et C5-C6 aggravant le canal cervical étroit constitutionnel sans signe de myélopathie ainsi qu'un rétrécissement foraminaux C3-C4 droit, C5-C6 prédominant à gauche et C6-C7 gauche.

Dans un rapport du 4 mars 2016 à la V.\_\_\_\_\_ Assurance, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait toujours des céphalées secondaires post-traumatiques. Un CT scan cérébral était envisagé afin d'exclure la possibilité d'un hématome extra ou sous-dural, ou d'autres lésions cérébrales post-traumatiques. En l'absence de lésions cérébrales, il n'excluait pas que le choc crânien ait provoqué un dysfonctionnement de la substance réticulée ascendante (SRA), par concentration des ondes de choc vers le cerveau. L'assuré était toujours en incapacité de travail, pour

une durée indéterminée, à évaluer à trois mois. Il préconisait le repos ainsi que la poursuite du traitement d'ostéopathie en cours, de même que la prise d'un traitement homéopathique, bien supporté par l'assuré.

Par courrier du 5 avril 2016, la V.\_\_\_\_\_ Assurance a informé l'assuré qu'elle entendait procéder à une expertise médicale, afin de pouvoir prendre position sur le lien de causalité naturelle ainsi que les séquelles de l'accident du 15 juillet 2015.

La V.\_\_\_\_\_ Assurance a chargé le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, d'effectuer cette expertise médicale. Ce médecin lui a adressé son rapport le 23 décembre 2016, après avoir examiné l'assuré le 13 décembre 2016. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de céphalées, fatigue et rachialgies cervico-dorso-lombaire, sans substrat somatique clairement objectivable, de status après probable commotion cérébrale (degré I à II selon la Quebec Task Force), distorsion cervicale simple et contusion banale cervico-dorso-lombaire. L'assuré présentait une capacité de travail médico-théorique complète au terme d'une période de six mois au maximum après l'accident du 15 juillet 2015. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à retenir en tant que conséquence de l'accident du 15 juillet 2015, étant donné que ce dernier, de par sa nature objectivement modeste, ne pouvait être la cause d'une atteinte à l'intégrité durable. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas :

« Chez un patient rapportant une symptomatologie à la fois importante mais relativement mal systématisée, l'examen clinique n'objective en fait aucune anomalie significative, le blocage de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire étant essentiellement antalgique et contrastant avec l'absence de contracture paravertébrale significative et les troubles algiques et sensitifs des membres inférieurs étant clairement sans substrat radiculaire malgré les troubles dégénératifs mis en évidence à l'IRM.

Sur la base des éléments à disposition, on peut penser que M. S.\_\_\_\_\_ a présenté le 15.07.2015, à nouveau, une commotion cérébrale légère accompagnée éventuellement d'une distorsion cervicale simple et d'une contusion rachidienne banale, sans aucun élément en faveur d'une atteinte structurelle du système nerveux et locomoteur.

Dans les suites « *naturelles* » d'un tel événement accidentel, on peut admettre la survenue de céphalées, de sensations vertigineuses, de rachialgies cervico-dorso-lombaires pour une période de quelques semaines, voire au maximum de 3 à 6 mois. Dans le cours ordinaire des choses, les suites de l'événement accidentel du 15.07.2015 auraient donc dû connaître une évolution favorable au terme d'une période de 3 à 6 mois au plus tard.

On pourrait se poser la question d'un effet de somation entre les troubles de 2002 et 2015 mais le caractère objectivement modeste de la composante traumatique et le laps de temps écoulé entre les 2 événements permettent d'écarter cette hypothèse, ceci sur la base de l'expérience que l'on a des traumatismes crâniens répétés, notamment chez les sportifs.

M. S. \_\_\_\_\_ présente effectivement des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires d'importance modérée à moyenne, lesquels sont de nature théoriquement à entraîner quelques rachialgies cervicales et lombaires ; néanmoins, ces anomalies préexistaient clairement à l'événement accidentel de 2015 et n'ont pas été influencées par l'accident, de telle sorte que leur rôle dans la symptomatologie faisant suite au traumatisme de 2015 est vraisemblablement mineur voire nul. Le plus probable est qu'il s'agisse de troubles statiques et dégénératifs asymptomatiques et en tous les cas sans relation de causalité avec l'accident.

M. S. \_\_\_\_\_ paraît être de bonne composition et on n'a pas l'impression qu'il majore volontairement ses plaintes. Il existe probablement des facteurs extra-somatiques expliquant cette évolution tout à fait particulière des troubles sur lesquels le présent neurologue ne peut se prononcer.

Sur la base des éléments susmentionnés, j'estime que les suites proprement dites de l'événement accidentel du 15.07.2015 se sont épuisées au terme d'une période de 6 mois au maximum après l'accident. L'incapacité de travail et la poursuite du traitement actuellement en cours ne sont donc plus à la charge de l'assureur-accident. Il n'y a pas non plus de perte à l'intégrité à retenir en tant que conséquence de l'accident du 15.07.2015 étant donné que ce dernier, de par sa nature objectivement modeste, ne pouvait être cause d'une atteinte à l'intégrité durable.

En ce qui concerne les maux de tête, ces derniers ont clairement un caractère d'une part de céphalées tensionnelles et d'autre part possiblement de migraines avec aura visuelle comme cela avait été évoqué dans les suites de l'événement accidentel du 2002. Le rôle de l'accident dans cette symptomatologie doit être considéré comme non probable ou certain étant donné que ces maux de tête se sont déjà produits par le passé et que l'événement accidentel du 15.07.2015 ne pouvait être cause de ces derniers, en tous les cas pour une période de plus de quelques mois, la persistance éventuelle de ces céphalées au-delà étant à considérer comme de nature malade et non post-traumatique ».

Dans un avis du 26 janvier 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr B.\_\_\_\_\_ avait considéré que les suites de l'événement du 15 juillet 2015 n'influençaient plus l'état de santé de l'assuré au-delà de trois à six mois. Il restait une problématique de céphalées, de fatigue et de rachialgies mais pour lesquelles l'expert n'avait trouvé aucun substrat organique. L'examen clinique était parfaitement normal, et les examens radiologiques montraient des troubles banals qui n'expliquaient pas les plaintes de l'assuré. Dans ce contexte, il se justifiait de considérer qu'il ne présentait aucune incapacité de travail.

Par courrier du 21 février 2017, la V.\_\_\_\_\_ Assurance a communiqué l'expertise du 23 décembre 2016 au Dr J.\_\_\_\_\_, précisant que sur la base de ce document, elle mettrait un terme au versement de ses prestations dès le 28 février 2017.

Par courrier du 24 février 2017, l'assuré, représenté par Assista Protection juridique SA, a contesté la teneur de l'expertise du 23 décembre 2016. Il s'est référé au rapport non daté du Dr J.\_\_\_\_\_, qu'il a joint à son courrier, pour mettre en évidence les omissions ou lacunes du rapport en question, relevant notamment que l'assuré avait subi un traumatisme crânio-cérébral moyen et non léger, que la migraine ophtalmique avec aura dont il souffrait encore à ce jour était d'origine post-traumatique, que le rétrécissement canalaire avait été diagnostiquée de grade C et non B, qu'il présentait une hernie en L3-L4 et non pas en L4-L5 et que cette dernière avait été diagnostiquée seulement après l'accident du 15 juillet 2015 et non pas avant l'accident de 2002.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a encore souligné dans son rapport que l'expert avait mal évalué la distance doigts-sol, qui était en réalité restée stable depuis l'accident, qu'il était faux de déclarer que l'assuré était « tendu » le jour de l'expertise puisque l'ECG [électrocardiogramme] pratiqué ce même jour était sans anomalie significative, que la trophicité et la force brute des membres inférieurs n'étaient pas intactes, puisque [...] qui avait traité l'assuré pendant 26 séances d'étirements de la tête aux pieds, avait constaté un manque de force significatif des membres

inférieurs, avec perte de la masse musculaire et également une perte de la tonicité musculaire des membres inférieurs et du fessier. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a ajouté que l'expert avait mentionné une IRM du 21 juillet 2011 alors qu'il s'agissait d'une IRM du 21 juillet 2015, que ladite IRM mettait en évidence un rétrécissement canalaire qui était « focalement sévère » et non qu'elle présentait un « certain degré de rétrécissement », et finalement, que l'assuré avait cessé de se plaindre des conséquences de l'accident de 2002 en 2011 seulement, en non pas en 2004. La capacité de travail était toujours nulle dans toute activité, et les troubles que présentaient encore l'assuré étaient en lien de causalité avec l'accident de juillet 2015.

Par courriel du 10 mars 2017, l'assuré, par sa protection juridique, a requis de la V. \_\_\_\_\_ Assurance le versement des indemnités journalières au-delà du 28 février 2018, compte tenu notamment des conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_ qui certifiait une incapacité de travail totale en lien avec l'événement accidentel de juillet 2015. Il mettait par ailleurs en évidence sa personnalité, ses compétences professionnelles, et le fait que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait constaté qu'il « ne donnait pas l'impression qu'il majorait volontairement ses plaintes », ce qu'avait également souligné le Dr J. \_\_\_\_\_. S'agissant de l'expertise, il apparaissait que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait délibérément omis d'approfondir les causes directes de ses plaintes (les céphalées primaires post-traumatiques et les céphalées secondaires sous forme de crises de migraines ophtalmiques). Par ailleurs, l'IRM du 21 juillet 2015 avait mis en évidence qu'il existait bien un « substrat organique » à ses douleurs. L'expert avait également omis de rapporter son allergie aux médicaments allopathiques.

Invité à se déterminer sur le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé, dans un complément d'expertise du 11 avril 2017, que le médecin-traitant n'apportait pas d'arguments déterminants de nature à modifier les conclusions de son expertise. Il précisait par ailleurs que le Dr J. \_\_\_\_\_ contestait à peu près tout ce qui figurait dans l'expertise en se basant sur des éléments qui paraissaient sans fondement dans le cas de l'assuré, dont les plaintes atypiques restaient sans explication hautement vraisemblable avec les conséquences de l'événement accidentel de juillet

2015, lequel n'était pas de nature à être suivi des troubles dont se plaignait l'assuré.

Par décision du 4 mai 2017, la V.\_\_\_\_\_ Assurance a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents, au motif que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles présentés par l'assuré et l'événement du 15 juillet 2015 n'était plus admis dès le 31 janvier 2016.

Le 2 juin 2017, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant à la poursuite de la prise en charge des prestations d'assurance-accidents. Il a allégué présenter une totale incapacité de travail depuis l'accident du 15 juillet 2015, ce qu'attestait son médecin traitant. Le lien de causalité entre ses plaintes et l'événement accidentel en question était sans équivoque, étant rappelé qu'il ne souffrait pas de céphalées avant l'accident du 15 juillet 2015 et que la hernie révélée à l'IRM du 21 juillet 2015 n'était pas présente sur l'IRM lombaire du 15 août 2002. Compte tenu de l'absence de trouble entre 2012 et 2015, ainsi que l'apparition d'une hernie L3-L4 suite à l'accident survenu le 15 juillet 2015, l'assuré a contesté que les troubles qu'il présentait aujourd'hui étaient de nature dégénérative.

Par décision sur opposition du 16 août 2017, la V.\_\_\_\_\_ Assurance a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé sa décision du 4 mai 2017. Elle a notamment considéré que le rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ était probant, et que sur cette base, un lien de causalité entre l'événement assuré et les plaintes de l'assuré n'était plus établi à partir de janvier 2016.

**C.** Dans l'intervalle, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI le 29 novembre 2016, motif pris d'une incapacité de travail pour cause d'accident depuis le 15 juillet 2015. Par projet de décision du 12 janvier 2018, l'OAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**D.** Par acte du 14 septembre 2017, S.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Philippe Graf, a recouru contre la décision sur

opposition du 16 août 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. En substance, il estime qu'il continue de présenter des troubles de santé qui le rendent totalement incapable de travailler dans n'importe quelle activité, qu'un lien de causalité naturelle et adéquate existe entre ces troubles et l'événement du 15 juillet 2015 et qu'il a donc droit à la prise en charge de son cas par l'intimée. Il conclut à la reprise et/ou à l'octroi de prestations en sa faveur, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire au titre de mesure d'instruction.

L'intimée a répondu le 19 octobre 2017, par son conseil Me Christian Grosjean, en concluant au rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition du 16 août 2017. A l'appui de son écriture, l'intimée invoque qu'aucun élément au dossier n'est de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise et de son complément, à laquelle il convient d'accorder pleine valeur probante. Partant, c'était à bon droit qu'elle avait mis un terme à la prise en charge des prestations avec effet au 31 janvier 2016.

Le recourant a répliqué le 26 janvier 2018, contestant le caractère probant de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, notamment parce qu'il avait évoqué une sténose du canal lombaire de « degré B », alors que les pièces aux dossiers faisaient état d'un rétrécissement canalaire de « grade C ». Il a par ailleurs produit un rapport établi le 25 janvier 2018 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont le contenu est le suivant :

« Monsieur S.\_\_\_\_\_ présente les caractéristiques sémiologiques d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) ou « mild traumatic brain injury », selon les critères de l'American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM).

Il est vrai que ce diagnostic demeure probabiliste en regard du fait qu'il se fonde sur une appréciation clinique. Cependant, le lien de causalité entre le traumatisme et la symptomatologie présentée par Monsieur S.\_\_\_\_\_ ne peut être en aucun cas formellement exclu, comme le soutient le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son expertise, d'autant plus qu'il démontre cette absence de causalité en se basant sur la nature de la sémiologie et sur leur durée ; or, dans ce cadre nosologique, 25 à 40% des patients présentent une fatigue et/ou des céphalées,

et ces symptômes peuvent perdurer une année (voire au-delà) dans plus de 40% des cas (S. Dikmen and NR Temkin, Rates of symptom reporting following traumatic brain injury, in Journal of the International Neuropsychological Society, 2010).

Par conséquent, le recours à une imagerie cérébrale (IRM et non scanner) est désormais explicitement requis, car la mise en évidence d'une lésion cérébrale de type post-traumatique permettrait de poser de manière quali-formelle le diagnostic de TCCI (en l'occurrence, « TCCL complexe » car avec lésion cérébrale) et de signer le lien de causalité entre le traumatisme et la symptomatologie de Monsieur S.\_\_\_\_\_. »

Le recourant a modifié ses conclusions en ce sens que la décision sur opposition du 16 août 2017 rendue par l'intimée est annulée, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre d'une IRM cérébrale à charge de l'intimée, ainsi que de tout complément d'instruction utile, puis nouvelle décision.

Par duplique du 19 février 2018, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a notamment contesté toute confusion de la part du Dr B.\_\_\_\_\_ entre une sténose de grade B ou C, indiquant que dans le cadre de l'énoncé des antécédents médico-chirurgicaux personnels, il avait uniquement repris la teneur des diverses pièces médicales. L'intimée a par ailleurs souligné que l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ quant au diagnostic de traumatisme cranio-cérébral léger rejoignait celui de l'expert, que le Dr B.\_\_\_\_\_ n'avait aucunement exclu un lien de causalité naturelle entre l'accident et les symptômes présentés par le recourant, mais que passé le 31 janvier 2016, les troubles allégués étaient à considérer comme de nature malade et non post-traumatique, et que le Dr Z.\_\_\_\_\_ était bien en peine de justifier la durée de la causalité alléguée par son patient, qui disait se trouver en incapacité totale de travail à deux ans et demi d'un accident lors duquel il s'était simplement tapé la tête contre le montant de la porte de son véhicule.

### **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'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 al. 1 LPGA) auprès du 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Déposé auprès du tribunal compétent en temps utile et respectant les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2.** Est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2016.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**4.** **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 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 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 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 la survenance de l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références). 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 (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

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 (TFA U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3).

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 précité consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C\_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 3.1). 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 115 V 403 consid. 4a ; 107 V 173 consid. 4b ; TF 8C\_235/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2.1).

**5. a)** En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à

distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie.

Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C\_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références).

**b)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également TF 8C\_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3 ; 8C\_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C\_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3).

**6. a)** Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins

constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** Selon l'art. 43 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007, consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

**7.** En l'occurrence, il ne fait pas de doute que l'assuré présentait des atteintes au niveau des lombaires et des cervicales de nature dégénérative à la date de l'accident. L'ensemble des documents médicaux au dossier le confirme au même titre d'ailleurs qu'il confirme que l'accident n'a pas entraîné de lésions organiques. En particulier, l'IRM lombaire du 21 juillet 2015 a révélé une discopathie avec protrusion postéro-médiane engendrant un rétrécissement canalaire ainsi qu'une discopathie en L4-L5 et L5-S1, tandis que l'IRM cervicale du 29 septembre 2015 a montré un bombement discal en C4-C5 et C5-C6 et des rétrécissements foraminaux aux niveaux C3-C4 droit, C4-C5 et C6-C7 gauche. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il a diagnostiqué des lombalgies avec troubles dégénératifs étagés avec un canal lombaire étroit (cf. rapport du 8 octobre 2015). L'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, selon lequel l'accident du 15 juillet 2015 serait à l'origine de ces lésions, doit être écarté. En effet, cet événement ne peut être considéré, au regard de son déroulement et des circonstances, d'une importance particulière et propre à entraîner une lésion structurelle, singulièrement à causer la hernie lombaire ou le début

de hernie cervicale (bombement discal) que présente le recourant. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (cf. TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2), l'événement traumatique du 15 juillet 2015 était modéré puisqu'il s'agissait d'une chute, à hauteur d'homme, sur les fesses et le dos. Il convient également de relever que le dossier ne fait pas mention d'un mouvement brusque à hauteur du rachis cervical (tel un coup du lapin), ni d'un effort purement axial, mais d'une chute d'une faible hauteur (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1). Il convient par conséquent d'admettre avec le Dr B. \_\_\_\_\_, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la symptomatologie dorsale est en lien avec des lésions dégénératives, la présence de facteurs extra-somatiques étant également probable.

En l'absence de lésion anatomique imputable à l'événement accidentel du 15 juillet 2015, il est possible que l'état dégénératif de la colonne lombaire et cervicale du recourant a été aggravé par l'accident. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a fixé à six mois et demi le statu quo sine et a été confirmé dans cette estimation par le Dr F. \_\_\_\_\_. Sur ce point, le recourant n'a produit aucun avis médical contraire susceptible de justifier les douleurs dorsales persistant à plus de deux ans et demi d'une banale chute sur les fesses. Aussi n'existe-t-il aucune raison de s'écarter des conclusions de ces praticiens, lesquelles sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence (consid. 5b *supra*).

Dans ce contexte, que la sténose présentée par le recourant soit de grade B (sténose modérée) ou de grade C (sténose sévère) est sans pertinence (cf. réplique du 26 janvier 2018), puisque son origine dégénérative n'est pas à charge de l'assurance-accidents.

**8. a)** Le recourant attribue également les céphalées dont il se plaint à l'accident du 15 juillet 2015. D'après lui, il présente des maux de tête constants depuis cet événement, de même que des migraines ophtalmiques (céphalées aiguës violentes précédées d'une aura visuelle

accompagnées de nausées et parfois de vomissements, à raison d'un à deux épisodes par semaine).

En l'occurrence, tant le Dr B. \_\_\_\_\_ que le Dr Z. \_\_\_\_\_, dont l'avis du 25 janvier 2018 a été produit par l'assuré dans le cadre de recours, s'entendent pour admettre qu'il a subi un traumatisme cranio-cérébral léger lors de l'événement accidentel en cause. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce diagnostic, étant néanmoins souligné que le certificat médical LAA du Dr J. \_\_\_\_\_, consulté par l'assuré le 17 juillet 2015, ne fait pas état d'un tel traumatisme.

**b)** En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Il faut alors d'une part que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites ait été dûment attestée par des renseignements médicaux fiables, et d'autre part que le tableau clinique typique d'un tel traumatisme soit présent (savoir des maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et multiples plaintes) pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être retenu entre l'accident et l'incapacité de travail.

A cet égard, le rapport médical immédiatement postérieur à l'accident établi par le Dr J. \_\_\_\_\_ fait mention de douleurs au dos et aux lombaires. En particulier, il ne rapporte aucune plainte telles que maux de tête, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression ou modification de la personnalité. Ce n'est que le 1<sup>er</sup> septembre 2015 qu'il est fait état d'une perte de connaissance au

moment de l'événement du 15 juillet 2015, lors de la consultation du Dr Q.\_\_\_\_\_, les vomissements étant quant eux évoqués par le Dr J.\_\_\_\_\_ le 4 mars 2016 pour la première fois. Aussi, quand bien même les médecins consultés par l'assuré évoquent un traumatisme cranio-cérébral léger, l'événement en cause ne permet pas à lui seul de tenir le lien de causalité naturelle pour établi, d'autant qu'il est constant que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* »).

**c)** En tout état de cause, même si la causalité naturelle était réalisée, la question pouvant rester ouverte en l'état, la causalité adéquate ne le serait pas. Selon la jurisprudence déjà citée au considérant 6b *supra*, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral (consid. 7 à 9 de l'ATF 134 V 109). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;

- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

**9.** En l'occurrence, l'assuré s'est tapé l'occiput au montant de la portière de sa voiture, alors qu'il se relevait après avoir ramassé des documents tombés au sol. En présence d'un choc à la tête mineur et banal, on doit admettre qu'il s'agit d'un accident de peu de gravité. Compte tenu des pièces au dossier, il n'est pas retenu que l'assuré aurait chuté sur la tête en tombant, ce qu'il n'allègue d'ailleurs pas. Même si cet événement devait être classé à la limite du cas de moyenne gravité, il faut constater que l'accident n'a été ni dramatique, ni impressionnant. Les lésions sont inexistantes (aucune contusion à la tête n'a été constatée). Le traitement par ostéopathie et la prise d'une médication homéopathique ne sont a priori ni pénibles, ni spécifiques. Il n'y a pas eu d'erreur médicale, et il n'existe ni difficulté, ni complications. Quant à l'intensité des douleurs, elle est alléguée mais difficilement objectivable.

En conclusion, les critères devant conduire à retenir un lien de causalité adéquate ne sont pas réunis. Or en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité

particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR, vol. XIV, 2<sup>ème</sup> édition, 2007, ch. 91 et les références). Il a été par exemple jugé que trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisaient pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C\_321/2010 du 29 juin 2010, 8C\_89712009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 et 8C\_421/2009 du 2 octobre 2009, consid. 5.8, avec références). Dès lors qu'ici les critères ne sont pas remplis, on retiendra qu'il n'y a pas rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les céphalées dont se plaint le recourant, après la fin des prestations le 31 janvier 2016.

**10.** En retenant que le recourant a souffert d'une commotion cérébrale légère accompagnée éventuellement d'une distorsion cervicale simple et d'une contusion rachidienne banale, en l'absence de lésions structurelles (sinon des altérations dégénératives), avec un rétablissement du statu quo sine six mois et demi de l'événement accidentel, l'intimée n'a pas violé le droit.

Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 ; 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. arrêts 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid 3.2 et 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). En particulier, le recours à une imagerie cérébrale ne paraît pas de nature à apporter un éclairage différent de la situation, étant au demeurant relevé qu'aucun des médecins consultés par le recourant n'a jugé utile de procéder à un tel examen, pas même le Dr J. \_\_\_\_\_ qui s'est contenté d'évoquer l'utilité d'un examen cérébral par CT-scan pour la première fois dans un rapport du 3 mars 2016.

**11.** En définitive, il y a lieu de rejeter le recours, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

**12.** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué de dépens au recourant, dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 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 16 août 2017 par la V.\_\_\_\_\_Assurance SA est confirmée.
  
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Graf, avocat à Lausanne (pour S. \_\_\_\_\_),
- Me Christian Grosjean, à Genève (pour V. \_\_\_\_\_ Assurance SA),
- Office fédéral de la santé public, à Berne,

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: