

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 mai 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Dessaux et Durussel, juges  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

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

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) né en 1957, travaillait en qualité de chauffeur pour le compte de la société [...] SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 24 juin 2016, en descendant un sentier montagneux, l'assuré a glissé sur du bois mouillé. Il est tombé sur le dos et a ressenti des douleurs à l'épaule. Il a été en incapacité de travail totale dès cette date.

L'assuré s'est présenté le jour même de l'accident au Centre médical de [...] à [...]. Selon le rapport établi à l'attention de la CNA le 15 septembre 2016, l'assuré avait subi une lésion de la coiffe des rotateurs, sans rupture franche. Il s'était vu prescrire de la physiothérapie notamment.

Dans un rapport du 12 juillet 2016, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué avoir examiné l'assuré le 11 juillet 2016 à la suite de l'accident du 24 juin 2016. Elle lui a prescrit de nouvelles séances de rééducation après avoir réalisé une échographie, dont il ressortait ce qui suit :

*Long chef du biceps* : épanchement péri-tendineux. Pas de subluxation dans les mouvements de rotation.

*Sous-scapulaire* : s'insère et se déroule normalement.

*Sus-épineux* : rupture distale.

*Articulation acromio-claviculaire* : petit épanchement indolore.

*Sous-épineux* : s'insère et se déroule normalement. Pas d'épanchement articulaire.

*Os huméral* : minimales érosions à l'insertion du sus-épineux en faveur d'une tendinopathie chronique.

*Bourse sous-acromio-deltoïdienne* : petit épanchement indolore.

Une IRM réalisée le 23 novembre 2016 a mis en évidence une déchirure transfixiante du sus-épineux, à son insertion sur le trochiter,

mais sans rétraction ni atrophie musculaire. Elle a aussi montré une tendinopathie distale du sous-épineux, une arthrose acromio-claviculaire modérée et une subluxation médiane du long chef du biceps.

A teneur d'un rapport du 15 décembre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste en chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'en plus de la déchirure transfixiante du tendon supra-épineux et de la subluxation médiane du biceps, il y avait une déchirure partielle de la partie haute du tendon sous-scapulaire. Vu la subluxation du long chef du biceps, il n'y avait pas d'alternative de traitement à part la chirurgie.

Le dossier a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, pour qu'il s'exprime sur le lien de causalité entre l'opération prévue le 16 janvier 2017 et l'accident. Dans sa réponse du 11 janvier 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a considéré que seule une réponse négative pouvait être donnée dans la mesure où le mécanisme de l'accident n'était pas décrit précisément. Les images de l'IRM avaient été prises cinq mois après l'accident et il n'y avait aucune preuve d'une atrophie musculaire de la coiffe des rotateurs. L'arthrose préexistante de l'articulation était une cause majeure à cet âge de la rupture décrite, au moins partielle, du tendon supra-épineux. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a demandé que le mécanisme exact de l'accident soit éclairci.

L'assuré a subi une opération de l'épaule gauche le 16 janvier 2017, soit notamment une ténotomie arthroscopique du long chef du biceps, une refixation arthroscopique, après avivement, du tendon sous-scapulaire et une refixation arthroscopique, en double rang, après avivement, des tendons supra-épineux et infra-épineux. D'après un rapport du 20 janvier 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics principaux suivants concernant l'épaule gauche : déchirure partielle sévère de toute la portion intra-articulaire du long chef du biceps ; déchirure partielle du tendon sous-scapulaire ; déchirure transfixiante complète, modérément rétractée, du tendon supra-épineux et partielle du

tendon infra-épineux et capsulite rétractile modérée. L'évolution était favorable et l'assuré devait poursuivre la physiothérapie.

Selon une note du 20 janvier 2017 rapportant un entretien téléphonique entre une collaboratrice de la CNA et l'assuré, ce dernier avait précisé le mécanisme de l'accident, soit qu'il avait glissé sur du bois mouillé et qu'il était tombé par terre, en arrière, directement sur le dos et l'épaule. Il avait immédiatement ressenti de fortes douleurs et n'avait pas réussi à se relever. Il était resté couché au sol pendant environ cinq minutes et avait eu besoin d'aide pour se lever.

Le dossier a été une nouvelle fois soumis au Dr L.\_\_\_\_\_, qui a considéré, dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2017, que le mécanisme de l'accident ne permettait pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre l'incident du 24 juin 2016 et la lésion de la coiffe des rotateurs. L'accident avait occasionné une aggravation passagère de l'état antérieur de l'épaule et le *statu quo ante* avait été atteint après deux semaines. L'opération du 16 janvier 2017 ne devait dès lors pas être prise en charge.

Par courrier du 16 février 2017, la CNA a informé l'assuré que selon l'avis de son médecin d'arrondissement, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint deux semaines après l'accident, raison pour laquelle la CNA avait décidé de mettre un terme immédiat à ses prestations, soit avec effet au 16 février 2017. Elle a précisé que les prestations fournies ne seraient pas réclamées.

D'après un courrier du 2 mars 2017 du Dr B.\_\_\_\_\_, l'assuré évoluait bien six semaines après l'arthroscopie de son épaule gauche. Il faisait trois séances de physiothérapie par semaine. Si la cicatrisation se faisait normalement, l'assuré pouvait reprendre le travail, mais pas avant quatre à six mois après l'opération. Le risque de redéchirure était plus élevé vu que l'assuré portait beaucoup de charges dans le cadre de son emploi. De l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_, l'idéal était un travail à hauteur d'établi,

sans port de charges de plus de 5 kg, non répétitif et sans vibration. L'assuré devait continuer la physiothérapie et restait arrêté à 100 %. Le prochain contrôle était prévu dans six semaines.

Dans un rapport du 9 mai 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a considéré que les troubles de l'assuré étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 24 juin 2016. Ce lien de causalité était exclusif. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé que la rééducation après l'opération du 16 janvier 2017 nécessitait un grand nombre de séances de physiothérapie afin de trouver une bonne mobilité et une épaule fonctionnelle. La reprise du travail se ferait entre cinq et six mois après l'opération. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a terminé ainsi :

Les lésions opérées sont consécutives à l'accident du 24.6.2016.

Certains articles décrivent l'association d'une déchirure de la coiffe des rotateurs avec un traumatisme à relativement **haute énergie**, comme une luxation de l'épaule ou lors d'accidents de la voie publique.

Néanmoins, le plus souvent, les traumatismes décrits sont rarement à haute énergie, mais plutôt liés à un traumatisme à **basse énergie**. Une chute de sa hauteur avec un choc direct sur l'épaule, un choc indirect avec une chute sur la main ou sur le coude, ou un étirement du bras sont des mécanismes tout à fait adéquats pour provoquer une déchirure de la coiffe (*cf références ci-dessous*).

Selon avis du 19 juin 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport du 9 mai 2017 du Dr B.\_\_\_\_\_ ne modifiait pas l'appréciation de la situation, dès lors que le médecin traitant ne donnait que des explications générales sur le développement d'une lésion post-traumatique de la coiffe des rotateurs, mais pas de considérations spécifiquement applicables dans le cas d'espèce.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin conseil de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné le dossier. Il ressort de son appréciation médicale du 4 juillet 2017 que la chute sur le dos, directement sur la zone lombaire et l'épaule, n'avait pas causé le status structurel abordé chirurgicalement le 16 janvier 2017 (réinsertion du muscle supra-épineux, du muscle infra-épineux et du

muscle subscapulaire, résection du tendon du long chef du biceps en rapport avec la subluxation et la rupture partielle). Dans ce contexte, l'existence d'une causalité entre l'accident et le status identifié lors de la chirurgie devait être niée par rapport à l'événement du 24 juin 2016.

Par décision du 18 août 2017, la CNA a confirmé la fin du droit aux prestations avec effet au 16 février 2017, le *statu quo ante* ayant été atteint deux semaines après l'incident du 24 juin 2016.

A la suite de l'opposition du 12 septembre 2017 de l'assuré, le Dr P.\_\_\_\_\_ a rédigé une nouvelle appréciation médicale le 7 mai 2018. Il a indiqué que la chute, clairement documentée sur le dos et l'épaule gauche lors de l'événement du 24 juin 2016, n'était pas propre à causer l'état structurel de l'épaule tel que documenté à travers l'IRM et opéré.

Par décision sur opposition du 9 mai 2018, la CNA a confirmé la fin du droit aux prestations.

**B.** Par acte du 11 juin 2018, R.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation, si bien que les prestations de l'assurance-accidents devaient continuer à être versées postérieurement au 16 février 2017, et, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a reproché à la CNA de ne pas avoir instruit le dossier avec la diligence nécessaire, notamment s'agissant du rapport du 7 mai 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_ qui n'avait pas été traduit et sur lequel il n'avait pas pu se prononcer, alors que la décision litigieuse se fondait sur ce document. Pour soutenir que les atteintes présentées étaient compatibles avec l'accident, l'assuré s'est référé aux différents avis du Dr B.\_\_\_\_\_, d'après lesquels, d'une part, un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 24 juin 2016 et les troubles qu'il présentait était établi et, d'autre part, il était trop tôt pour se prononcer sur le *statu quo sine* après l'opération du 16 janvier 2017.

Par courrier du 16 août 2018, la CNA a transmis une version traduite en français de l'appréciation médicale du 7 mai 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_. Une copie en a été transmise au conseil de l'assuré le 22 août 2018.

Dans sa réponse du 17 octobre 2018, la CNA, sous la plume de son représentant, a conclu principalement au rejet du recours, subsidiairement à une *reformatio in pejus* dans le sens d'une cessation des prestations au 8 juillet 2016. Elle s'est référée aux rapports de son médecin conseil.

Répliquant le 12 novembre 2018, l'assuré a réitéré qu'il y avait lieu de suivre les avis étayés du Dr B.\_\_\_\_\_.

Par duplique du 5 décembre 2018, la CNA a maintenu ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 16 février 2017.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle 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, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance

prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**c)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *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

s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références citées).

**d)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** En l'occurrence, il ressort des pièces médicales versées au dossier que le recourant a présenté à la suite de l'événement accidentel (chute dans le cadre d'une promenade en montagne) des douleurs à l'épaule gauche, lesquelles ne se sont que partiellement amendées. Une IRM réalisée le 23 novembre 2016 a révélé une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux, à son insertion sur le trochiter mais sans rétractation ni atrophie musculaire, une tendinopathie distale du sous-épineux, une arthrose acromio-claviculaire modérée ainsi qu'une subluxation médiane du long chef du biceps. L'intervention chirurgicale réalisée le 16 janvier 2017 par le Dr B. \_\_\_\_\_ a permis de préciser la nature des lésions, en tant qu'elle a mis en évidence une déchirure partielle sévère de toute la portion intra-articulaire du long chef du biceps, une déchirure partielle du

tendon sous-scapulaire, une déchirure transfixiante complète, modérément rétractée, du tendon supra-épineux et partielle du tendon infra-épineux ainsi qu'une capsulite rétractile modérée (rapport du 20 janvier 2017).

**b)** Au vu des pièces versées au dossier, rien ne permet de penser que les lésions subies par le recourant à son épaule gauche auraient pour origine un état maladif ou dégénératif préexistant. On soulignera notamment que les explications fournies par les Drs L. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ne permettent en aucune manière d'exclure dans le cas d'espèce l'origine traumatique de la lésion subie par le recourant. Pour établir que les lésions mises en évidence ont pour origine un état maladif ou dégénératif préexistant, il n'est pas suffisant, comme s'est contenté de le faire le Dr P. \_\_\_\_\_ dans le cadre de la présente procédure, de constater l'existence d'une arthrose acromio-claviculaire et d'affirmer péremptoirement que « la chute clairement documentée sur le dos et l'épaule gauche lors de l'événement soumis à la Suva survenu en date du 24.6.2016 n'est pas approprié afin de causer l'état structurel de l'épaule tel que documenté à travers l'IRM et opéré » (rapport du 7 mai 2018). Dans une telle situation, on est en droit d'attendre du médecin qui entend nier l'origine accidentelle des lésions constatées - en particulier lorsque celles-ci sont nombreuses - qu'il étaye son point de vue et fournisse à tout le moins des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine de l'ensemble des lésions constatées et sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme accidentel n'a pas pu objectivement causer l'ensemble desdites lésions (consid. 4c *supra*). En l'absence de telles explications, aucune valeur probante ne peut être donnée au point de vue développé par les Drs L. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ (voir, concernant la valeur probante des avis médicaux rendus par le Dr P. \_\_\_\_\_, CASSO AA 79/18 - 13/2019 du 25 janvier 2019 consid. 4b). De plus, le lien de causalité entre l'accident et les atteintes présentées par le recourant deux semaines après l'événement accidentel n'est pas uniquement retenu par le Dr B. \_\_\_\_\_ (rapports des 15 décembre 2016, 16 janvier, 2 mars et 9 mai 2017), mais également par la Dresse Z. \_\_\_\_\_ (rapport du 12 juillet 2016). Ce médecin mentionnait

notamment la nécessité de poursuivre la physiothérapie au-delà du mois de juillet 2016.

**c)** Au regard de la nature de l'accident, des plaintes - immédiates - décrites dans la déclaration d'accident et les lésions mises en évidence lors de l'intervention chirurgicale réalisée le 16 janvier 2017 par le Dr B.\_\_\_\_\_, l'intimée n'avait aucune raison, faute d'avoir établi l'origine exclusivement malade ou dégénérative des lésions, de nier sa responsabilité et de mettre fin au versement de ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières). A toutes fins utiles, il est précisé que le fardeau de la preuve de l'existence d'un état malade ou dégénératif préexistant incombe à la partie qui entend en déduire un droit, à savoir l'assureur-accidents (voir ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

**d)** Compte tenu des circonstances, un complément d'instruction n'apparaît aucunement justifié et il y a lieu de constater que le recourant a droit à la prise en charge des suites de l'accident au-delà du 16 février 2017.

**6. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 francs

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 9 mai 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à R. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Flore Primault (pour R. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la 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).

La greffière :