

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

V._____, à St-Légier-Chiésaz, recourant,

et

Y._____, à Pully, intimée.

**Art. 3 al. 1 et 64a LAMal; 90 al. 1,105a et 105b OAMal; 26 al. 1
LPGA**

E n f a i t :

A. Une proposition d'assurance établie au nom de V._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant) par Y._____ (ci-après: l'assureur-maladie ou l'intimé) pour une couverture de l'assurance-maladie obligatoire ainsi qu'une couverture LCA, courant à partir du 1^{er} janvier 2005 est parvenue à Y._____. La proposition était signée et datée manuscritement du 24 décembre 2004. Au haut de la page de la proposition d'assurance, la date du 25 décembre 2004 était imprimée. Il était précisé que V._____ était pour le moment assuré auprès de [...]. En date du 30 décembre 2004, Y._____ a établi une police d'assurance selon la LAMal au nom de V._____.

Une seconde proposition d'assurance établie au nom de V._____ est parvenue à l'assureur-maladie en date du 3 janvier 2006, prévoyant une augmentation de la franchise à 2'500 fr, courant à partir du 1^{er} janvier 2006. Elle était signée et datée manuscritement du 31 décembre 2005. Au haut de la page de la proposition d'assurance, la date du 29 décembre 2005 était imprimée. En date du 12 janvier 2006, Y._____ a établi une nouvelle police d'assurance selon la LAMal au nom de V._____.

Dans une notice interne de l'assureur-maladie relative à un entretien téléphonique du 18 mai 2005 entre Y._____ et V._____, il est indiqué ce qui suit:

"Tél. du PA. Est très étonné de recevoir une poursuite car il n'était même pas au courant que son agent lui avait conclu cette assurance. Je lui explique qu'il n'a pas payé avec le bulletin de versement du 1^{er} rappel et qu'il demeure les primes de mars impayées. M'informe qu'il a payé deux primes il y a deux jours. Je conviens avec lui que je lui envoie un bulletin de versement pour le solde de la poursuite dès réception de ses versements".

Dans une notice interne relative à un entretien téléphonique du 8 mars 2006 entre Y._____ et V._____, il est indiqué ce qui suit:

"Selon tél avec PA du 8.3.06. Ne veut absolument plus traiter avec M. [...] [...] me demande d'enlever cet agent de son contrat. Ne veut pas nous écrire".

Dans une notice interne relative à un entretien téléphonique du 16 novembre 2006 entre Y. _____ et V. _____, il est indiqué ce qui suit:

" Tél PA concernant le commandement de payer PO 005. Me demande pourquoi on a fait cette poursuite alors qu'il a payé. De plus, il avait téléphoné il y a quelques temps pour obtenir un bulletin de versement pour le solde de cette sommation étant donné qu'il ne l'avait jamais reçu vu qu'il y avait un problème d'adresse. Ce qui fait qu'il a payé en octobre un montant au bol... Je lui dit que son paiement et notre réquisition se sont croisés. D'autre part je ne voit rien dans [son dossier] concernant son appel. Mais j'accepte de lui annuler les frais de sommation exceptionnellement en lui précisant bien que normalement ils sont à sa charge. De plus j'annule les frais de l'office des poursuites car il a payé avant la poursuite. Annulation OP le 17.11 06".

Dans une notice interne du 5 mai 2008 relative à un entretien entre deux collaborateurs de l'assureur-maladie, il est indiqué ce qui suit:

"Tél. de [...]. M'informe que le PA n'aurait pas reçu de bulletin de versement. Me demande ce qu'elle doit recommander. Je lui dit qu'il y a une poursuite en avis de saisie pour 10.12. 2007 et que le PA doit voir avec l'office des poursuites. Pour la poursuite du 01.03.2008, je la retiens. Va faire un bulletin de versement pour tout depuis janvier 2008 sauf frais de poursuite fr. 50 que j'annule".

Par jugement du 19 juin 2008, le juge de paix des districts de Vevey, de Lavaux et d'Oron a refusé de prononcer la mainlevée de l'opposition formulée par V. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant) à l'encontre d'un commandement de payer notifié par [...] au sujet d'une prime d'Assurance RC d'entreprise pour l'année 2007. Le jugement retenait qu'il était plus que vraisemblable que la signature figurant sur la proposition d'assurance du 28 avril 2003 ne soit pas celle de l'assuré et que partant la proposition d'assurance ne valait pas reconnaissance de dette.

Dans une notice interne relative à un entretien téléphonique du 18 septembre 2008 entre Y. _____ et V. _____, il est indiqué ce qui suit:

"Me dit qu'il a téléphoné en mars car il ne recevait pas les bulletins de versements. Il n'avait rien reçu alors il a retéléphoné en mai mais n'a toujours rien reçu à ce jour. Alors je lui dis que pour les poursuites en cours, il faut aller payer à l'office des poursuites. Pour le rappel je lui renvoie et pour la poursuite du 31 juillet 2008 il l'a payée ce jour alors j'attends de recevoir son versement".

Dans une notice interne relative à un entretien téléphonique du 27 octobre 2008 entre Y. _____ et V. _____, il est indiqué ce qui suit:

"Tél. du PA. M'explique qu'un de nos agents a signé un contrat d'assurance à sa place. De ce fait il se retrouve avec plusieurs assurances et ne pas combien exactement. De plus me dit qu'il ne reçoit pas nos BV. Lui dit de contacter la poste".

L'historique du "compte client" de V. _____ auprès d'Y. _____ indique de nombreux frais de rappel et de sommation relatifs au paiement de ses primes d'assurance-maladie, entre 2005 et 2010.

B. Par courrier du 3 janvier 2010 à l'assureur-maladie, l'assuré a expliqué ce qui suit:

"Suite à de nombreux entretiens téléphoniques ainsi que courrier restés sans nouvelles de votre part et malgré mes oppositions répétées à vos commandement de payer, je vous prie une dernière fois de m'accorder une entrevue.

Comme je vous l'ai indiqué de nombreuses fois, vous êtes en possession d'un contrat qui est un faux obtenu par un de vos collaborateurs peu scrupuleux qui s'était permis de signer à ma place; j'ai eu d'autres cas avec d'autres assurances pour lesquels plusieurs procès ont eu lieu devant la justice de paix et qui ont été clos.

Afin de régler ces différents cas qui relèvent de la justice pénale je vous prierai de m'accorder une entrevue et ce au plus vite".

Par lettre du 28 janvier 2010, l'assureur-maladie lui a répondu qu'il lui était loisible de se présenter à sa réception selon sa convenance. S'il souhaitait rencontrer la responsable du contentieux romand, il était prié de prendre rendez-vous. L'assureur-maladie a précisé à l'assuré de se munir de la preuve de son affiliation auprès d'un autre assureur ainsi que

de toutes les pièces qu'il affirmait détenir concernant la signature de son contrat par un tiers.

Dans une notice interne relative à un entretien téléphonique entre Y._____ et V._____, il est indiqué ce qui suit:

"S'est fait voler tous les documents dans sa voiture. Viendra mardi 9.2.2010 à 8h00. Tél PA mardi 9.2.10 à 8h15 A oublié. N'a pas reçu les documents. Les a demandés et passera le mardi 10.2 en fin d'après-midi".

Le 25 novembre 2010, l'assureur-maladie a envoyé à l'assuré un "rappel LAMal" pour paiement de primes échues pour les mois d'octobre et novembre 2010 ainsi que 10 francs de frais de rappel, pour un montant total de 445 fr. 80. Il lui a imparti un délai de 10 jours pour s'en acquitter.

Le 15 décembre 2010, l'assureur-maladie a envoyé à l'assuré un nouveau "rappel LAMal" pour paiement de primes échues pour le mois de décembre 2010, ainsi que 10 francs de frais de rappel, pour un montant total de 227 fr. 90. Il lui a imparti un délai de 10 jours pour s'acquitter de ce montant.

Par acte du 29 décembre 2010, l'assureur-maladie a mis en demeure l'assuré pour un montant total de 703 fr. 70, comprenant les deux montants précédents ainsi que 30 fr. de frais de sommation. Il lui a imparti un délai de 30 jours pour s'en acquitter.

C. Le 31 janvier 2011, l'assureur-maladie a déposé une réquisition de poursuite à l'Office des poursuites [...], pour 653 fr. 70 plus intérêt de 5% dès le 29 décembre 2010, plus 50 fr. de frais administratifs. Un commandement de payer pour le même montant a été notifié le 10 février 2011 à l'assuré, contre lequel ce dernier a formé opposition totale.

Par décision du 23 février 2011, l'assureur-maladie a prononcé la mainlevée de l'opposition, le solde dû par l'assuré à cette date s'élevant à 753 fr. 70, frais du commandement de payer inclus, plus intérêt à 5% l'an.

Par acte du 28 mars 2011, l'assuré a formé opposition à la décision de mainlevée, concluant au maintien de l'opposition au commandement de payer. Il a argué que la signature au bas de la proposition d'assurance du 25 décembre 2004 n'était pas la sienne et qu'un contrat ne pouvait pas constituer un titre de mainlevée si la signature manuelle du poursuivi n'était pas apposée sur le document. Il a expliqué que la comparaison de la signature sur la proposition d'assurance et celle sur son permis de conduire permet de conclure que la première n'était pas la sienne. Il a encore précisé avoir soulevé à de nombreuses reprises la problématique de l'invalidité de la proposition d'assurance, mais s'être toujours heurté à une fin de non recevoir de la part de l'assureur-maladie et qu'il ne pouvait s'assurer ailleurs, alors qu'il n'avait pas de couverture. Il a expliqué s'être acquitté des primes car il n'avait pas le choix, cet élément ne pouvant pas être interprété comme une ratification de la proposition d'assurance. Il a encore expliqué que son conseiller en assurance, [...] avait déjà signé à son insu une proposition d'assurance d'indemnité journalière LCA auprès de la société [...] et que les autorités de mainlevée avaient reconnu que cette proposition d'assurance n'était pas valable car la signature apposée sur ce document n'était pas la sienne.

Par décision sur opposition du 30 septembre 2011, l'assureur-maladie a rejeté l'opposition, constatant qu'il était fondé à requérir la continuation de la poursuite pour le montant de 703 fr. 70, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5% sur le montant de 653 fr. 50 dès le 29 décembre 2010. La décision sur opposition était fondée sur le fait que l'assuré était obligé de s'acquitter de ses primes d'assurance-maladie, qu'il ne s'était pas acquitté de ses primes des mois d'octobre à décembre 2010 et que la procédure de recouvrement avait été respectée en tous points. L'assureur relevait que même si l'assuré n'avait pas signé

la proposition d'assurance litigieuse, il avait eu connaissance de son affiliation auprès de Y. _____ en 2005 déjà et qu'il n'avait pas contesté son affiliation, mais qu'il s'était acquitté de ses primes jusqu'en juin 2008 et avait réclamé des bulletins de versement. Pour Y. _____, il ne faisait aucun doute que V. _____ était affilié auprès d'elle, partant que les primes étaient dues et que la procédure de recouvrement à son encontre était justifiée.

D. Par acte du 3 novembre 2011, V. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 30 septembre 2011, concluant à sa réforme en ce sens que l'opposition totale qu'il avait formée contre la poursuite n°[...] soit définitivement maintenue. Il a en substance fait valoir que la signature au pied de la proposition d'assurance du 25 décembre 2004 n'était pas la sienne, qu'il n'avait au demeurant jamais vu ce document. Il a souligné le fait que la proposition d'assurance avait été établie informatiquement le 25 décembre et que la personne qui avait apposé sa signature avait indiqué la date du 24 décembre, ce qui tendait à démontrer que quelqu'un avait imité sa signature. Dès lors, il estimait avoir été assuré contre son gré et ne s'était pas rendu compte tout de suite de cette situation car c'était son épouse, dont il était dorénavant divorcé, qui se chargeait des paiements. Il a expliqué être intervenu téléphoniquement à plusieurs reprises, ainsi que par écrit auprès de l'assureur-maladie, dès qu'il s'était aperçu de cette situation. Il a encore argué qu'un contrat ne peut constituer un titre de mainlevée que si la signature manuelle du poursuivi était apposée sur le document, la mainlevée devant être refusée s'il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante que tel n'était pas le cas.

Par réponse du 2 décembre 2011, l'intimé a conclut au rejet du recours. Il a invoqué le fait que le recourant devait être au courant de son affiliation auprès de lui puisqu'il l'avait contacté à ce sujet dès le 1^{er} semestre 2005. L'intimé a encore souligné que le recourant n'avait contesté son affiliation qu'en octobre 2008, en laissant entendre qu'il n'avait pas lui-même signé la proposition d'assurance.

Invité à déposer sa réplique et après avoir été mis au bénéfice de plusieurs prolongations de délai, le recourant n'a pas procédé.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA), lequel se trouve être celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile; il satisfait en outre aux autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

b) 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). La Cour des assurances sociales est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 francs, la cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant conteste devoir à l'intimé le montant réclamé à titre de primes, au motif que la proposition d'assurance du 25 décembre 2004 serait un faux et qu'il aurait été en définitive assuré auprès de l'intimé à son insu.

a) En vertu de l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. En effet, l'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. L'obligation de payer des cotisations est la conséquence juridique impérative de l'affiliation à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RAMA 1971, p. 51). L'art. 4 al. 1 LAMal consacre le libre-choix de l'assureur-maladie parmi ceux désignés à l'art. 11 LAMal.

b) Les art. 5 al. 3 et 9 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) consacrent le principe de la bonne foi pour tout l'ordre juridique et notamment aussi en droit des assurances sociales. S'il découle de ce principe le devoir pour les assureurs sociaux de se comporter correctement et consciencieusement envers les assurés, il vise également le comportement de l'assuré vis-à-vis de l'assureur: les assurés doivent aussi respecter le principe de la bonne foi dans leurs relations avec les assureurs sociaux (MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3^e éd., Bâle, 2009, n° 9 p. 49). Le principe de la bonne foi interdit en particulier aux parties d'adopter un comportement contradictoire (MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, *op. cit.* n° 10 p. 49). Par exemple, en vertu du principe de la bonne foi, un assuré qui constate que l'assureur, à tort, a rendu une décision qui ne respecte pas les formes prévues par la loi, ne peut exiger qu'il rende une telle décision (comportant en particulier les voies de recours) passé un délai raisonnable; la durée de ce délai dépend des circonstances concrètes d'espèce et doit en même temps tenir compte des principes de la confiance et de la sécurité du droit (ATF 104 V 162, consid. 3).

c) En l'espèce, il n'est pas nécessaire de trancher la question de savoir si la signature au bas de la proposition d'assurance du 25 décembre 2004 est celle du recourant, ou si comme le prétend ce dernier,

il s'agit d'un faux. En effet, selon les pièces du dossier, divers éléments montrent qu'il a régulièrement été en contact avec l'intimé avant de remettre en cause la validité de ce document en octobre 2008. En particulier, il n'a pas contesté avoir signé lui-même la proposition d'assurance du 31 décembre 2005, pour augmenter sa franchise à 2'500 francs, ni avoir reçu ou contesté les polices d'assurance établies en son nom par l'intimé, en date du 30 décembre 2004 et du 12 janvier 2006; il a eu divers entretiens téléphoniques avec l'assureur-maladie, lui demandant notamment des bulletins de versement pour s'acquitter de ses primes ainsi qu'au sujet de poursuites qui avaient été engagées à son encontre. On remarquera également que le recourant a été invité à prendre rendez-vous avec des collaborateurs de l'intimé ou a annoncé sa venue, sans jamais donner suite. Même si, comme le prétend le recourant, c'était son ex-femme qui gérait les paiements, on peine à imaginer qu'il ignorait être assuré et que le paiement de ses primes a fait, à plusieurs reprises, l'objet de sommations et de poursuites. Au demeurant, chaque époux représente l'union conjugale pour les besoins courants de la famille pendant la vie commune (art. 166 al. 1 CC [code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210]). Parmi ces besoins courants figurent notamment la conclusion de contrats d'assurance-maladie et le paiement des primes (ATF 129 V 90). Le recourant était donc représenté valablement par son épouse dans ses contacts avec l'assurance-maladie. En outre, l'affiliation à une caisse-maladie est obligatoire pour toute la population domiciliée en Suisse et le recourant ne démontre pas avoir sollicité son affiliation auprès d'une autre caisse-maladie. Ainsi, en contestant après plusieurs années la validité de la proposition d'assurance du 25 décembre 2004, il adopte un comportement contradictoire qui ne saurait être protégé. Il faut dès lors retenir que le recourant est bel est bien assuré auprès de l'intimé et qu'il est dès lors tenu de s'acquitter de ses primes d'assurance-maladie.

3. Reste à vérifier si le montant réclamé par l'intimé est conforme au droit et si la procédure de recouvrement a été respectée, ces aspects de la décision n'étant pas, en tant que tels, contestés par le recourant.

a) La législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 445, consid. 1.2.1; ATF 125 V 466, consid. 1), soit en l'espèce 2010-2011.

b) ba) En vertu de l'art. 64a al. 1 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coût échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai. Selon l'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, il doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). Par ailleurs, les caisses-maladie sont habilitées à lever elles-mêmes les oppositions éventuelles aux commandements de payer, par une décision sujettes à opposition, selon l'art. 52 LPGA (ATF 107 III 60; ATF 121 V 109; ATF 125 V 266, consid. 6c).

bb) En vertu de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée (selon l'art. 90 al. 1 OAMal, les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois) et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.11]).

bc) Selon l'art. 105b al. 3 OAMal, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. En cas de retard dans le paiement des primes, la faute de l'assuré ne peut pas être présumée (GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse, Lausanne 2004, p. 233). Selon la jurisprudence, il y a néanmoins faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer des cotisations (ATF 125 V 276; TFA K 28/02 et K30/02 du 29 janvier 2003, consid. 6).

c) ca) En l'espèce, il est établi que le recourant n'a pas payé les primes d'assurance-maladie échues des mois d'octobre à décembre 2010, ce qui représente un total de 653 fr. 70, le montant de la prime mensuelle étant de 217 fr. 90.

cb) Les intérêts moratoires réclamés peuvent être alloués comme requis.

cc) L'art. 17.1 des Conditions générales d'Y._____ prévoit que l'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure, à raison, respectivement, de 10 fr. et de 30 fr. C'est donc à juste titre que l'intimé a mis les frais des deux rappels et de la mise en demeure, pour un total de 50 fr., à charge du recourant, ce montant paraissant approprié au vu des circonstances.

cd) Quant aux frais de commandement de payer, qui se montent en l'occurrence à 50 fr., ils suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite; RS 281.1], voir notamment JdT 1974 II 95, avec note de P.-R. Gilliéron; JdT 1979 II 127; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 c. 4), et ne font donc, à juste titre, pas l'objet de la décision sur opposition litigieuse.

d) S'agissant de la procédure de recouvrement, elle n'est pas contestée par le recourant.

4. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, est rejeté. Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni dépens.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 3 novembre 2011 par V._____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 septembre 2011 par Y._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- V._____d,
- Y._____s,
- 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 :