

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juin 2009

---

Présidence de M. NEU, juge unique  
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Coppet, recourante, représentée par Me Flore Primault, à Lausanne,

et

**SUPRA CAISSE-MALADIE** (ci-après : Supra ou la caisse), à Lausanne, intimée.

---

**Art. 25 al. 1 LAMal, 33 al. 1 LAMal et Annexe 1 OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_, née en 1985, est affiliée à Supra au titre de l'assurance obligatoire des soins depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, avec une franchise annuelle de 322 fr. 20. Elle bénéficie en outre de la couverture MAXI, assurance complémentaire des frais d'hospitalisation en division privée de tous les établissements publics ou privés, sans franchise annuelle.

Souffrant d'obésité morbide, l'assurée est suivie par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie et médecine interne, depuis 1992. Celui-ci l'a adressée au Dr M.\_\_\_\_\_, chirurgien, qui a demandé, le 29 juin 2006, un préavis au médecin-conseil de Supra quant à la prise en charge d'une intervention chirurgicale de type gastroplastie. Il l'informait du fait que l'intéressée pesait 112kg pour 168cm et que les différents traitements entrepris n'avaient pas connu les résultats escomptés.

Par courrier du 11 juillet 2006, le médecin-conseil de la caisse a attiré l'attention du Dr M.\_\_\_\_\_ sur le fait que l'indice de masse corporelle (IMC) était légèrement inférieur à 40 et ne répondait donc pas aux conditions légales. Le 8 août 2006, il a néanmoins préavisé favorablement à la prise en charge de l'opération souhaitée.

Le 18 août 2006, Supra a écrit au Dr M.\_\_\_\_\_ pour l'avertir que compte tenu des renseignements complémentaires médicaux transmis à son médecin-conseil et contrairement au préavis de ce dernier, elle refusait de prendre en charge l'intervention chirurgicale, au motif que les conditions légales requises n'étaient pas réalisées.

Dans un courrier du 6 septembre 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_ a communiqué à la caisse les informations suivantes :

*« le problème essentiel chez cette patiente est son obésité morbide qui a motivé de nombreux traitements, par des anorexigènes, des régimes*

*diététiques répétés variés et sous la direction de nutritionnistes ainsi que des bilans biologiques répétitifs exhaustifs sur le plan endocrinien.*

*L'ensemble de ces investigations n'a pas permis de retenir une maladie hormonale cette obésité morbide et une obésité génétique a été donc retenue (Plusieurs membres de sa famille étant obèses.)*

*Cette obésité morbide et persistante depuis son enfance a entraîné des perturbations psychogènes importantes chez cette jeune patiente qui l'ont amenée à consulter le Dr [...] psychiatre FMH pour un suivi psychiatrique, sans résultat sur sa prise pondérale progressive.*

*Pour ces multiples raisons j'ai estimé que la pose d'un anneau gastrique était indiquée et je l'ai adressée au Dr M. \_\_\_\_\_ chirurgien abdominal FMH ».*

Le 9 septembre 2006, le père de l'assurée a demandé à Supra de signer une garantie d'hospitalisation, ce que la caisse a refusé par lettre du 13 septembre suivant.

L'intervention chirurgicale a été effectuée en date du 18 septembre 2006 à la Clinique [...] (ci-après : la clinique), à Genève. Les frais d'opération se sont ainsi élevés à 25'039 fr. 85, répartis comme suit :

- facture de la clinique :	15'519 fr. 85
- facture du Dr L. _____, anesthésiste :	1'520 fr.
- facture du Dr M. _____ :	8'000 fr.

Interpellée par la recourante, Supra lui a fait savoir, le 4 octobre 2006, qu'elle maintenait sa position, les conditions de prise en charge de l'opération effectuée n'étant pas réalisées, à savoir un IMC supérieur à 40 d'une part et un traitement amaigrissant approprié de deux ans resté sans effet d'autre part.

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2006, le Dr G. \_\_\_\_\_ a expliqué que sa patiente avait un poids de naissance de 4,8kg et qu'elle avait toujours souffert d'un surpoids supérieur à 25 lors de son adolescence, jusqu'à atteindre un IMC dépassant le seuil des 40 mesuré par le Dr M. \_\_\_\_\_ en date du 11 avril 2006, alors qu'elle pesait 114kg pour 168cm. Il ajoutait que l'intéressée était également suivie sur le plan psychiatrique depuis 2005 et qu'une polysomnographie effectuée en

décembre 2001 avait révélé un syndrome d'apnées du sommeil de l'enfant. Il estimait donc que les signes et symptômes présentés répondaient largement aux exigences légales concernant le remboursement d'un traitement chirurgical par anneau gastrique dans l'obésité.

Le 14 novembre 2006, l'assurée a expliqué à Supra qu'en date du 29 juin 2006, son IMC s'était élevé à 39,68, soit seulement 900g de moins que l'indice requis, et que dans la mesure où tout dépendait du moment où elle était pesée, une différence aussi minime n'était pas significative, ce d'autant moins qu'elle avait pesé 114kg le 11 avril précédent. Elle faisait en outre valoir qu'elle avait suivi des traitements amaigrissants appropriés depuis 1992, ainsi que l'attestait son médecin traitant, malheureusement demeurés sans effet. Elle demandait par conséquent à la caisse de revoir sa position et de prendre en charge l'opération subie.

Par courrier du 5 décembre 2006, Supra a rétorqué que quand bien même les arguments concernant l'IMC étaient admissibles et répondaient à la première condition légale, il n'en allait pas de même de la seconde, dès lors qu'aucune demande de prise en charge pour un traitement amaigrissant ne lui était parvenue durant les deux dernières années. Elle confirmait par conséquent son refus.

S'étonnant de cette argumentation, le Dr G. \_\_\_\_\_ a écrit à Supra le 21 février 2007, pour lui faire savoir que l'assurée l'avait consulté à seize reprises entre 2004 et 2006 et qu'à pratiquement chaque consultation, son surpoids avait été évoqué et discuté avec des conseil diététiques et divers régimes. Il précisait qu'il avait prescrit à sa patiente un traitement médicamenteux et que si la caisse n'avait pas retrouvé de factures, c'était probablement parce que l'intéressée les avait payées de sa poche, puisqu'il l'avait avertie que les médicaments amaigrissants n'étaient pas pris en charge par l'assureur-maladie. Il rappelait que sa patiente avait également consulté le Dr [...], pneumologue, en date du 10 octobre 2002, qui avait posé le diagnostic d'apnées du sommeil. Enfin, il

insistait sur le fait que la pose de l'anneau gastrique avait permis une perte pondérale de 25kg en cinq mois, résultat qui n'avait jamais été atteint depuis 1992.

Le 4 avril 2007, Supra a maintenu sa position, faisant valoir qu'au moment de l'admission à la clinique, l'assurée n'avait pas l'IMC requis, et l'invitant à apporter la preuve au travers de factures de pharmacies que des médicaments avaient effectivement été délivrés.

Suite à la production par l'assurée d'une attestation de la Pharmacie [...] du 17 avril 2007 démontrant que divers médicaments amaigrissants lui avaient été délivrés entre 2003 et 2006, Supra a soumis une nouvelle fois le dossier à son médecin-conseil avant d'informer l'intéressée, le 11 mai 2007, que ce dernier avait constaté que le traitement suivi était discontinu et que de multiples produits avaient été testés pour des périodes extrêmement brèves et de manière inconstante. Elle considérait par conséquent que la condition selon laquelle « un traitement amaigrissant de deux ans sans interruption est resté sans effet » n'était pas remplie et maintenait dès lors sa position.

Sur demande de l'assurée, Supra a rendu une décision formelle de refus de prise en charge de l'opération le 14 novembre 2007. Par décision sur opposition du 2 juin 2008, la caisse a confirmé sa position.

**B.** C.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 2 juin 2008 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud par acte du 3 juillet 2008, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et au remboursement par la caisse de 15'519 fr. 85 avec intérêts à 5% dès le 4 octobre 2006, de 1'520 fr. avec intérêts à 5% dès le 19 septembre 2006 et de 8'000 fr. avec intérêts à 5% dès le 25 janvier 2007. Elle considère que les conditions légales de prise en charge de l'opération subie sont réalisées et rappelle que le médecin-conseil de la caisse avait émis un préavis favorable plus d'un mois avant l'intervention. Elle reproche à Supra d'avoir dans un premier temps admis les arguments développés quant à l'IMC, avant de revenir ensuite sur sa position, et maintient qu'une

différence de 900g n'est pas significative, dans la mesure où la prise de poids varie en fonction du temps et des circonstances. Elle constate en outre que la loi ne précise pas que le traitement amaigrissant doit avoir été inefficace durant deux ans « sans interruption », ainsi que le soutient la caisse, et qu'il suffit de se rapporter aux déclarations du Dr G. \_\_\_\_\_ pour se rendre compte que cette deuxième condition est également réalisée.

En réponse du 30 septembre 2008, Supra conclut au rejet du recours. Elle soutient que deux des conditions légales quant à la prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins d'une gastroplastie par anneau ne sont pas remplies, à savoir un IMC de 40, la recourante s'étant maintenue selon elle en dessous de cet indice de manière constante, et un traitement amaigrissant approprié de deux ans resté sans effet, dès lors que l'intéressée n'a pas été plus de trois mois consécutifs sous traitements anorexigènes au cours des deux ans ayant précédé l'opération et que rien ne démontre que ces traitements aient été bel et bien adéquats. Elle ajoute enfin qu'elle n'est pas liée par le préavis de son médecin-conseil et que les prétentions de la recourante excèdent la participation pouvant être accordée au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Les parties ont maintenu leurs positions dans leurs échanges d'écritures subséquents.

**C.** Une audience d'instruction a été tenue le 28 avril 2009. Au cours de celle-ci, il a été relevé que la valeur litigieuse s'élevait en réalité à 23'519 fr. 85 et non pas à 25'039 fr. 85, dès lors que les 1'520 fr. dus au Dr L. \_\_\_\_\_ étaient compris dans la facture de la clinique. La recourante a produit plusieurs photographies afin de rendre compte de l'évolution de son état de santé. Les parties ont sollicité un délai afin de se déterminer sur une éventuelle issue transactionnelle.

Les pourparlers transactionnels n'ont pas abouti.

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

**1.**           **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.**           Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

**3.**           En l'espèce, le litige porte sur la prise en charge par l'assureur-maladie de l'intervention chirurgicale intervenue le 18 septembre 2006, à savoir la pose d'un anneau gastrique.

**a)** Selon l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

L'art. 25 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

**b)** Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption selon laquelle médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste « négative » des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous condition.

Selon l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

En édictant l'art. 33 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie, RS 832.102), comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI), qui a promulgué l'OPAS (ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées à l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles fixées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans conditions, ou ne les prend pas en charge (art. 1 OPAS). Les prestations figurent à l'annexe 1 de l'OPAS (TFA K 144/04 du 21 septembre 2005, consid. 1.3).

**c)** Les conditions prévues par l'annexe 1 OPAS pour la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'un traitement chirurgical de l'adiposité, lequel peut notamment comprendre la pose d'un anneau gastrique, sont les suivantes :

- a. après en avoir référé au médecin-conseil ;
- b. le patient ne doit pas avoir plus de 65 ans ;
- c. le patient présente un IMC supérieur à 40 ;
- d. un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet ;
- e. le patient souffre en outre d'une des maladies suivantes : hypertension artérielle mesurée à l'aide d'un brassard large ; diabète sucré ; syndrome d'apnée du sommeil ; dyslipémie ; affection dégénérative invalidante de l'appareil locomoteur ; coronaropathie ; stérilité avec hyper-androgénisme ; ovaires polykystiques chez une patiente en âge de procréer ;
- f. l'opération doit être exécutée dans un centre hospitalier disposant d'une équipe interdisciplinaire et expérimentée en chirurgie, psychothérapie, conseils nutritionnels et médecine interne ;
- g. système d'évaluation uniforme fondé sur les données quantitatives et une statistique des coûts.

**4.** Sont en l'occurrence seules litigieuses les conditions prévues aux let. c et d précitées, à savoir un IMC supérieur à 40 et un traitement amaigrissant approprié de deux ans demeuré sans effet. Il n'est à juste titre pas contesté que toutes les autres conditions soient réunies.

**a)** La caisse intimée soutient en premier lieu que l'IMC de la recourante n'atteint pas ou n'est pas supérieur à 40, que ce soit au moment de la demande de prise en charge ou de l'intervention chirurgicale.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a certes attesté, lors de son examen du 29 juin 2006, un poids de 112kg pour 168cm, constat que se borne à retenir Supra. Toutefois, il est établi que le 11 avril 2006, soit deux mois plus tôt, l'intéressée pesait 114kg, réalisant alors la condition d'un IMC suffisant.

La réglementation applicable ne précisant pas à quelle date déterminante l'indice doit être en tout cas atteint, il est choquant et arbitraire de retenir que l'indice suffisant doit être constant sur une

période donnée, ce d'autant plus que compte tenu de la pathologie en cause, il n'y a pas à exclure en l'espèce que la recourante ait pu reprendre le peu de poids nécessaire à cet égard entre le 29 juin 2006, date de la demande de préavis de son chirurgien, établissant quant à lui la « morbidité », et le 18 septembre 2006, date de l'opération. En outre, il convient de relever que le médecin-conseil de la caisse a préavisé favorablement à la prise en charge de l'opération, médecin dont l'évaluation des conditions légales sur le plan médical est réputée intervenir en toute indépendance et, au besoin, après un examen personnel de l'assuré (art. 57 al. 4 à 6 LAMal), de sorte que son avis ou son préavis n'est donc pas à suivre uniquement lorsqu'il tend au refus d'une prise en charge d'un traitement.

A cela s'ajoute qu'il n'est pas invraisemblable que le peu de poids, respectivement de taille, qui aurait pu conduire au constat de la réalisation de la condition dont il est question, le 29 juin 2006, permettait d'admettre que le critère ait pu être effectivement atteint ce même jour en raison de simples facteurs aléatoires tels que la pesée à jeun, l'habillement, ou la posture de l'intéressée lors de l'examen de sa taille.

Cela étant, la condition d'un IMC suffisant ne peut être que tenue pour réalisée.

**b)** Quant à la condition de l'échec de traitement amaigrissant approprié de deux ans, la position de la caisse intimée s'avère également insoutenable.

En effet, les traitements, qu'ils soient strictement médicamenteux, tels que prescrits dans le cadre de nombreuses consultations depuis le mois d'octobre 2004, ou qu'ils procèdent d'autres méthodes choisies par la recourante, sont dûment établis quant à leur nature et leur durée (cf. prescriptions médicales et attestation pharmaceutique du 17 avril 2007). A cela s'ajoute que rien au dossier ne permet de conclure au caractère inapproprié des traitements suivis, qui ont été prescrits par le médecin traitant, ou entrepris sur conseil ou

recommandations du pharmacien de l'intéressée. A cet égard, la réglementation ne prévoit du reste pas le type de traitement dont il devrait s'agir, ni la mesure dans laquelle il ne devrait pas être interrompu, ni le devoir de rapporter la preuve de son caractère approprié ou adéquat.

Enfin, il est notoire qu'en raison de la nature complexe de la pathologie en question, les chances de succès des traitements amaigrissants sont très aléatoires, de sorte que l'on ne saurait, comme le fait l'intimée, déduire d'une absence de résultat suffisant un manque d'effort raisonnablement exigible ou de compliance de l'assurée, qui justifierait de faire purement et simplement abstraction de la poursuite de tels traitements, pour en fin de compte dénier à l'affection le caractère morbide qui satisferait à la condition d'une prise en charge chirurgicale.

**c)** Au vu de ce qui précède, il y a donc lieu d'admettre le recours, les frais afférents au traitement chirurgical du 18 septembre 2006 devant être pris en charge par l'assureur-maladie, dès lors que toutes les conditions prévues par l'annexe 1 OPAS sont remplies.

**5. a)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de Supra, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**b)** Aux termes de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure cantonale est en principe gratuite pour les parties. Des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou qui devait savoir, en faisant preuve de l'attention normalement exigible, que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre

être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à retirer son recours. Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité : il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion que l'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir. Un émolument ou des frais de procédure peuvent enfin se voir mis à la charge de l'une ou l'autre des parties (TFA K 11/05 du 21 février 2006 ; SVR 2004 EL n° 2 p. 5, P 23/03 ; cf. aussi Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, n° 36ss ad art. 61).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants pour l'issue du litige - à savoir le constat d'un IMC suffisant, la preuve de l'échec de la poursuite de traitements amaigrissants, ainsi que le préavis positif du médecin-conseil de l'intimée, en tant que conditions de la prise en charge du traitement chirurgical en question - ont été établis antérieurement à la présente procédure de recours, soit dans le cadre de l'opposition formée par l'assurée. Dès lors, connaissant la réglementation applicable ainsi que la jurisprudence, *Supra* ne pouvait ignorer le caractère sinon téméraire, à tout le moins léger de sa prise de position, telle que confirmée sur opposition de l'intéressée, renvoyant par là même celle-ci à saisir le juge. L'intimée n'en n'a du reste pas disconvencu à l'audience d'instruction, lors de laquelle elle a été rendue attentive au fait qu'elle conservait la faculté de reconsidérer sa position, respectivement de rapporter sa décision, raison pour laquelle elle a du reste requis et obtenu un délai afin de trouver une issue transactionnelle au litige, notamment s'agissant de l'intervention de l'assurance complémentaire de l'assurée et des dépens auxquels celle-ci pourrait prétendre. L'échec des pourparlers engagés entre les parties, lequel ne paraît pas imputable à des prétentions

disproportionnées de la recourante, conduit donc au constat que l'intimée a persisté dans une démarche dont elle ne pouvait ignorer, avec l'attention et la réflexion que l'on pouvait attendre d'elle, l'absence de chances de succès. Cette attitude doit être assimilée, mutatis mutandis, à celle d'un recourant persistant dans sa volonté de recourir, à défaut de quoi la règle déduite de l'art. 61 let. a LPGA selon laquelle des frais de procédure peuvent également être mis à la charge de la partie intimée, resterait lettre morte.

En conclusion, pour avoir soutenu, jusque devant l'autorité de recours, un point de vue manifestement mal fondé, la caisse intimée supportera un émolument de justice, qu'il y a lieu de fixer à 500 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 2 juin 2008 par l'assureur-maladie Supra est annulée.
- III.** Les frais afférents au traitement chirurgical du 18 septembre 2006 sont pris en charge par l'assureur-maladie Supra.
- IV.** L'assureur-maladie Supra versera à C.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V.** Un émolument de justice de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge de l'assureur-maladie Supra.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Flore Primault (pour C. \_\_\_\_\_)
- Supra Caisse-maladie
- 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 :