

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourant, représenté par Me Henri Bercher, avocat à Nyon,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA, 6 LAA

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1948, travaillait depuis 1985 en qualité d'ouvrier pour le Service des travaux et voirie de la Commune de [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Après l'implantation d'une prothèse totale aux genoux (genou gauche en 2005; genou droit en 2006) indiquée en raison d'arthrose empirique, l'assuré a vu son activité professionnelle allégée, devenant ainsi surveillant de la station de transfert des déchets (environ 60%) et de réception des déchets spéciaux (environ 40%).

B. Le 28 mai 2009, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation; alors qu'il circulait à scooter, un automobiliste lui a coupé la route. Transporté au Centre B. _____ (ci-après: Centre B. _____), les médecins ont posé les diagnostics de fracture ouverte comminutive distale du fémur droit stade II et de multiples dérmabrasions. Il a été procédé à une réduction partiellement fermée de la fracture et à une fixation par plaque Liss extra-longue.

La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Le 6 avril 2010, l'assuré a présenté une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) en vue de l'obtention de mesures pour une réadaptation professionnelle, subsidiairement d'une rente.

Le 19 avril 2010, l'assuré a repris son activité comme surveillant de décharge à la station de transfert, sur cinq jours pour satisfaire à une présence de 50%. Il n'avait désormais plus à effectuer de port de charges ni à manipuler de produits toxiques.

C. Le 14 octobre 2010, après avoir posé le diagnostic de retard de consolidation de la fracture multi fragmentaire pluri étagée du fémur droit, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à l'ablation de la plaque d'ostéosynthèse, à la mise en place d'un clou centro-médullaire par voie rétrograde et à une libération rotulienne (cf. compte-rendu d'intervention du 16 novembre 2010).

Dans un rapport du 10 février 2011, le Dr Z._____ a fait part à la CNA d'une évolution favorable et de la marche sans cannes anglaises depuis le 1^{er} janvier 2011. La reprise du travail au taux de 50% avait été prévue le 6 février 2011, avec un ménagement du port de charges et en évitant les terrains accidentés.

Le 16 juin 2011, un inspecteur de la CNA a rencontré le responsable de la voirie de la Ville de [...] et son adjoint, aux fins d'obtenir des précisions quant aux exigences physiques liées au travail de l'assuré, tant à l'ancien poste occupé qu'au nouveau.

L'assuré a été examiné par le Dr W._____, médecin d'arrondissement de la CNA, le 16 mai 2011, lequel a constaté une bonne récupération des amplitudes articulaires, une légère dérotation interne du fémur droit et une bonne restauration du tonus et de la force musculaire. Il persistait toutefois des douleurs le long de la cuisse droite, des difficultés à faire les escaliers et l'impossibilité de porter des choses. Le Dr W._____ décrivait un patient rougeaud, légèrement dyspnéique, présentant un excès pondéral important et un aspect de santé assez moyen, marchant pratiquement sans boiterie. Il estimait qu'il était un peu tôt pour clore le cas et préconisait un complément de rééducation et une évaluation fonctionnelle à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR).

L'assuré a séjourné à la CRR du 22 juin au 19 juillet 2011. Le 27 juin 2011, un bilan radiologique du fémur droit a été effectué, aux termes duquel il apparaissait un fémur bien consolidé avec un clou centro-

médullaire en place, un défaut d'axe de la prothèse du côté tibial avec bascule antérieure de l'épiphyse tibiale et probable varus, et une coxarthrose débutante. Le même jour, l'assuré a été vu en consultation orthopédique par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin consultant à la CRR. L'évolution était favorable; l'assuré formulait peu de plaintes, marchait quasiment sans boiterie, arrivait à fléchir très correctement ses genoux à 130°, avait une extension complète et un bon quadriceps. Le Dr S._____ estimait qu'il ne fallait pas enlever le clou mais juste finaliser la rééducation déjà quasi complète après quelques jours à la CRR, puis effectuer un bilan avec l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents pour voir si la capacité de travail pouvait être augmentée de 50 à 60% en attendant que l'assuré atteigne l'âge de la retraite.

Se référant aux différents bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs C._____ et K._____ de la CRR ont établi leur rapport le 4 août 2011. Au terme du séjour, l'assuré notait une diminution de la douleur à la cuisse droite et un gain de force, avec une quasi disparition de la zone allodynique. Les Drs C._____ et K._____ estimaient que l'incapacité de travail à 50% était pour le moment justifiée, relevant qu'il n'y avait apparemment pas la possibilité d'employer l'assuré dans d'autres activités, décrites comme lourdes.

Le 4 octobre 2011, le Dr W._____ a procédé à un examen médical final et s'est prononcé sur la situation en ces termes:

"Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas de grand changement. Il a toujours des douleurs dans la cuisse droite. S'il marche assez librement, il n'est plus à même de faire des travaux lourds.

A l'examen clinique, on retrouve un patient rougeaud, légèrement dyspnéique, présentant un excès pondéral et un aspect de santé assez moyen, mais qui n'a manifestement pas de limitation fonctionnelle importante.

Objectivement, les hanches sont libres et elles ont récupéré une mobilité complète. On retrouve une légère dérotation interne du fémur droit. Les genoux sont calmes. Ils se laissent librement mobiliser avec de gros craquements. Le genou droit est sec, tandis qu'il y a toujours un petit épanchement à gauche. La flexion est complète ddc. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un

excellent tonus et une très bonne force à droite comme à gauche. Il n'y a pas d'inégalité de longueur des membres inférieurs.

En fin de compte, les séquelles de l'accident du 28.5.2009 sont modestes et ne rendent pas compte de l'incapacité de travail actuellement revendiquée qui doit plutôt être mise sur le compte des autres atteintes à la santé que présente l'assuré, notamment un status après PTG bilatérale.

En d'autres termes, la fracture du fémur droit, consolidée en bonne position, avec un léger défaut d'axe, ne contre-indique pas la reprise de l'activité antérieure, telle que décrite dans le rapport d'enquête administratif du 16.6.2011.

Si on se réfère à la table 2 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, un taux de 5% peut être retenu, la situation correspondant à une perte fonctionnelle de 10% du MID (10% de 50% = 5%)."

Par décisions des 14 et 15 novembre 2011, la CNA a suivi l'avis de son médecin d'arrondissement et mis fin aux prestations d'assurance, avec effet au 31 décembre 2011. Elle allouait à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 5% et niait le droit à une rente d'invalidité, au motif que les séquelles de l'accident du 28 mai 2009 étaient modestes et ne rendaient pas compte de l'incapacité de travail revendiquée, laquelle résultait d'autres atteintes à la santé, notamment des troubles aux genoux dont l'origine était de nature malade.

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, s'est opposé le 14 décembre 2011 aux décisions précitées. Il exposait que le Dr Z. _____ et le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne, médecin-conseil de la Ville de [...], ne partageaient pas l'avis du médecin d'arrondissement, lequel résultait d'une mauvaise appréciation. Par ailleurs, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% paraissait incompatible avec un accident provoquant une incapacité de travail durable, des douleurs permanentes, des limitations fonctionnelles importantes et une aggravation prévisible vu l'importance du traumatisme. Il concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% et à une augmentation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en conséquence.

Le 25 janvier 2012, l'assuré a complété son opposition par l'envoi d'une lettre du Service du personnel de la Ville de [...] du 19

décembre 2011, décrivant son cahier des charges depuis 1990. Il était précisé que la Ville avait accepté d'augmenter de 30 à 50% le taux de la fonction occupée par l'assuré en raison du handicap qu'il présentait et qu'il apparaissait, au cas où une pleine capacité de travail lui serait imposée, qu'il perdrait son emploi dans la mesure où la Ville n'aurait pas de poste à lui offrir, hormis celui d'un poste d'employé de voirie, inadapté à l'état de santé. L'assuré a également remis à la CNA un courrier du Dr Z. _____ du 10 janvier 2012, faisant les constatations suivantes:

"En tenant compte de l'examen médical final de la [CNA] du 04.10.2011 par le Dr W. _____, je constate que les signes cliniques concernant les problèmes médicaux annexes qu'il considère comme rendant compte de l'incapacité de travail actuelle étaient présents avant l'événement du 28.05.2009 et que ce status autorisait un travail à 100% avec une discrète limitation des charges portées.

Or, actuellement ce n'est plus le cas.

La situation clinique sur le plan général est restée telle qu'avant l'événement, par contre au niveau du membre inférieur droit, il existe des séquelles objectives du traumatisme se manifestant par une cicatrice en coup de hache au milieu de la cuisse avec déhiscence musculaire importante qui entraîne une fatigabilité au niveau du membre inférieur droit, empêchant le travail avec de lourdes charges et une activité d'un rendement tel que proposé actuellement."

Dans le cadre de la procédure d'opposition, une rencontre réunissant un inspecteur de la CNA, le mandataire de l'assuré, le responsable des ressources humaines de la Ville de [...] et le chef d'exploitation de la voirie a été organisée le 24 février 2012. Il ressortait de cet entretien que le poste de travail de l'assuré avait été aménagé à la suite des problèmes de genoux. Après l'accident de 2009, l'activité de l'assuré avait à nouveau été aménagée, mais son salaire continuait à être versé en plein jusqu'au règlement de la procédure même si sa capacité de rendement diminuait.

Le 21 mars 2012, l'assuré a remis à la CNA un rapport du Dr D. _____ rédigé le 8 mars 2012 et faisant état de ce qui suit:

"Les plaintes consistent en douleurs et faiblesse du membre inférieur droit surtout s'il doit porter des charges et lors des stations

debout et qui se manifestent encore le lendemain. Or son travail l'oblige à rester debout la majeure partie de la journée.

A l'examen le patient est collaborant, en bon état général, pesant 104 kg pour 176 cm. Genoux en valgus G>D. Status après prothèse de genou D et G. Cicatrice opératoire latérale du 1/3 proximal et du 1/3 distal de la cuisse D. Cicatrice au milieu de la cuisse avec dépression musculaire importante avec diminution de la force des muscles extenseurs.

En conclusion les lésions constatées à l'examen sont compatibles avec les plaintes de Monsieur O. _____ et ne permettent pas d'envisager une capacité de travail supérieure à 50% et je rejoins les conclusions du Dr Z. _____ ainsi que celles de la clinique de réadaptation."

Le dossier a été soumis à la Division médecine des assurances de la CNA pour avis complémentaire. Le 28 mars 2012, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie, s'est prononcé sur l'accident du 28 mai 2009 dans un avis - traduit de l'allemand en français - à la teneur suivante:

"[...] l'assuré avait été victime d'une fracture ouverte de la diaphyse fémorale droite qui avait été stabilisée correctement le même jour par une plaque LISS. En raison d'une guérison retardée, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait eu lieu le 14.10.2010, suivie d'un enclouage centromédullaire rétrograde. Les suites postopératoires avaient été simples. Nous vous renvoyons ici à l'examen médical d'arrondissement final du 04.10.2011.

La guérison de la fracture [a] eu lieu dans un axe correct, comme en témoignent les radiographies; d'autre part, la longueur des extrémités inférieures est équilibrée, la mobilité des genoux et des hanches n'est pas entravée, la musculature quadricipitale est vigoureuse et l'assuré se déplace sans boiterie. De ce fait, une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 5% (en raison de la cicatrice de la cuisse et du discret accroissement de la rotation interne) ne se justifie pas, si l'on veut qu'elle soit à la fois abstraite et égalitaire. Une péjoration future de l'état de l'assuré est improbable.

Les rapports médicaux bienveillants établis par les médecins traitants ne fournissent aucuns faits nouveaux. A l'instar du médecin d'arrondissement, nous ne mettons en évidence aucun motif véritable de nature physique expliquant pourquoi une activité déjà adaptée ne continuerait pas d'être entièrement exigible de la part de l'assuré. Rappelons que cette adaptation de l'activité professionnelle résultait de l'implantation de prothèses du genou en raison d'une maladie. Nous devons faire abstraction de l'âge de l'assuré et de ses différentes affections relevant de la médecine interne. Les charges à porter ne sont pas à limiter, que ce soit pour des motifs orthopédiques ou à cause de la musculature de la cuisse droite. Toutefois, une réduction pondérale serait judicieuse d'un

point de vue médical en raison de l'obésité importante de Monsieur O._____ (BMI de 35)."

Par décision sur opposition du 30 mars 2012, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu ses décisions du 14 et 15 novembre 2011, se référant aux rapports des Drs W._____ et H._____.

D. O._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 1^{er} mai 2012, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité de 50% lui soit allouée dès le 1^{er} janvier 2012 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. A l'appui de ses conclusions, il produit un courrier du Dr D._____, daté du 19 avril 2012, qui expose qu'après avoir pris contact avec le Dr Z._____, il appert que deux points s'opposent aux avis des médecins de la CNA. L'un consistait en une faiblesse musculaire consécutive à la perte de muscle quadriceps lors du traumatisme due à trois facteurs: la fracture ouverte, la lésion musculaire elle-même avec une perte de substance importante et la durée de la décharge (plus de 8 mois). L'autre correspondait au discret vice de rotation du fémur qui modifiait la biomécanique de l'articulation du genou. Le Dr D._____ conclut que le tout entraîne un risque de descellement au cas où la surcharge est imposée. Cela étant, le recourant fait valoir qu'en dépit des pathologies présentes avant l'accident, il disposait d'une pleine capacité de travail, qu'aucune des pathologies antérieures ne s'est aggravée pour des raisons indépendantes de l'accident et que les différents intervenants (OAI, médecins de la CRR, Dr Z._____, Dr D._____, employeur et enquêteur de la CNA) admettent l'existence de limitations. Il est d'avis que la cause de son incapacité de travail n'a pas été définie avec satisfaction par le Dr W._____, puis le Dr H._____, dont les rapports ne sauraient se voir accorder valeur probante. Il ajoute que son âge et son parcours professionnel rendent illusoire tout reclassement professionnel.

Dans sa réponse du 5 septembre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève l'absence d'explications des Drs Z._____ et D._____ lorsqu'ils retiennent que les séquelles de l'accident n'autorisent

pas la reprise de l'activité antérieure à 100%. Elle observe que l'appréciation des médecins de la CRR s'agissant de la capacité de travail de 50% est faite à titre provisoire et en tenant compte du contexte socioprofessionnel. Elle expose que l'avis du Dr H. _____ confirme celui du Dr W. _____, aux termes duquel les seules séquelles accidentelles permettent la reprise à 100% de l'activité précédant l'événement assuré. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle constate l'absence d'argument médical concret du recourant susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé de l'estimation du Dr W. _____, tout comme l'absence d'explications justifiant de retenir un taux de 15%. Finalement, elle nie la nécessité d'une expertise médicale, au motif que le dossier a été suffisamment instruit, tant sous l'angle médical qu'administratif.

Dans sa réplique du 1^{er} novembre 2012, le recourant fait valoir que son incapacité de travail actuelle est imputable aux séquelles visibles d'une fracture ouverte du fémur droit ayant provoqué une lésion musculaire non récupérée, non à d'autres atteintes à la santé, notamment un status après prothèse totale du genou bilatérale. Il produit une lettre du Service des ressources humaines de la Ville de [...] datée du 31 octobre 2012, attestant une pleine capacité de travail antérieurement à l'accident et en dépit des limitations qu'il pouvait présenter, ainsi qu'un courrier du Dr Z. _____ du 26 septembre 2012, à la teneur suivante:

"J'avais dans un rapport médical écrit que la situation clinique sur le plan général était resté tel qu'avant l'événement et qu'il existait des séquelles objectives du traumatisme, telle une cicatrice au milieu de la cuisse qui entraînent une fatigabilité au niveau du membre inférieur droit, empêchant le travail avec de lourdes charges. Cette cicatrice au milieu de la cuisse, conséquence de la fracture ouverte, mais également signant une lésion musculaire profonde pouvant entraîner une fatigabilité au niveau du muscle quadriceps, fatigabilité rendant toutes charges lourdes difficile et entraînant anamnestiquement des douleurs au niveau de son fémur.

Je pense qu'il existe une perte musculaire qui peut expliquer que depuis le traumatisme il y a une diminution de rendement accompagné d'une diminution de sa capacité de gain, ce qui n'était pas le cas avant le traumatisme, en effet, Monsieur O. _____ travaillait à 100% avec une diminution discrète de rendement sans entraver sa capacité de gain.

Avant l'accident, Monsieur O. _____ pouvait porter et faire un travail lourd de manière épisodique, sans plainte particulière,

actuellement ce n'est plus le cas et les douleurs présentées par mon patient, sont décrites comme des douleurs au niveau de son fémur et non pas de son genou droit."

Dans sa duplique du 22 novembre 2012, l'intimée relève, d'une part, qu'il n'est pas suffisant d'alléguer des douleurs pour en conclure *ipso facto* une incapacité de travail et, d'autre part, que la possibilité d'une fatigabilité du muscle quadriceps induite par la cicatrice au milieu de la cuisse ne constitue qu'une hypothèse et non pas un fait établi au degré de vraisemblance prépondérante. Elle mentionne par ailleurs que l'employeur s'acquittant de l'intégralité du salaire depuis mai 2009, le recourant ne peut faire valoir aucune incapacité de gain. Finalement, elle confirme sa position.

Le juge instructeur a invité l'OAI, par courrier du 6 décembre 2012, à lui communiquer le dossier complet de l'assuré. Ce dernier a été produit le 17 janvier suivant. Le 24 janvier 2013, l'OAI a remis céans un projet d'acceptation de rente aux termes duquel l'assuré avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2010, un degré d'invalidité de 50% lui étant reconnu.

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le dossier de l'assurance-invalidité.

Le 19 février 2013, le recourant relève que l'OAI lui reconnaît une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Il requiert par ailleurs la tenue d'une audience afin que soit auditionné [...], adjoint technique au chef d'exploitation auprès de la Ville de [...], pour l'entendre sur la capacité de travail avant l'accident et son évolution depuis lors.

Le 22 mars 2013, l'intimée observe que l'OAI a tenu compte de la situation antérieure à l'accident dans son projet d'acceptation de rente dans la mesure où la nature du problème médical retenu se rapporte aux prothèses implantées en 2005 et 2006. Par ailleurs, elle réfute la requête d'audition présentée par le recourant dans la mesure où le litige est essentiellement de nature médicale, l'exposé des difficultés rencontrées

par le recourant dans son activité quotidienne n'étant pas susceptible de modifier l'appréciation du dossier.

Dans ses déterminations complémentaires du 6 juin 2013, le recourant, en possession de la traduction du rapport du Dr H. _____ remise par la CNA à la Cour, reproche à l'intimée de s'être fondée sur l'appréciation de ce médecin alors qu'ils ne se sont jamais rencontrés et s'étonne que l'on puisse passer outre les constatations médicales des médecins traitants, lesquels ont suivi l'évolution de la capacité de travail causée par les lésions musculaires consécutives à l'accident.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, 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 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est 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) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficiaire, au-delà du 31 décembre 2011, des prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les troubles actuels présentés par le recourant relèvent des suites de l'événement assuré du 28 mai 2009.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à

l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

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. Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua none* de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence, il suffit même que l'accident ait été la "*conditio sine qua non*" qui a simplement déclenché de manière prématurée le dommage ("*bloss zeitlich bestimmend war*") qui se serait de toute manière produit plus tard; il en va différemment, si le risque était déjà présent et qu'il fallait s'attendre à tout instant à la survenance du dommage (TF U 413/05 du 5 avril 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 28 p. 94; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3).

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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, 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; 126

V 353 consid. 5b; 117 V 359 consid. 3a; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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*); 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*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 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 de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement

accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

4. 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. 2c; 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).

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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

b) 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).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA, pp. 547 s.). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210; ATF 122 V 157, consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2007, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170,

consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

5. a) En l'espèce, le Dr W. _____ a constaté, lors de l'examen médical final du 4 octobre 2010, qu'il n'y avait pas de perturbation des épreuves de marche, que l'assuré se tenait en charge équivalente des membres inférieurs en station debout, qu'il existait un morphotype en valgus un peu plus marqué à gauche qu'à droite et une légère dérotation interne du fémur droit, que les masses musculaires étaient bien récupérées, que les hanches avaient récupéré une mobilité complète, que les genoux s'étendaient complètement, le genou droit était sec tandis qu'il y avait toujours un petit épanchement à gauche, qu'il n'y avait pas de laxité pathologique et que le quadriceps avait un excellent tonus et une très bonne force à droite comme à gauche. Il a retenu que les séquelles de l'accident du 28 mai 2009 étaient modestes et ne rendaient pas compte de l'incapacité de travail revendiquée, laquelle devait plutôt être mise sur le compte des autres atteintes à la santé que présentait le recourant, notamment un status après prothèse totale du genou bilatérale. Il a conclu que la fracture du fémur droit, consolidée en bonne position, avec un léger défaut d'axe, ne contre-indiquait pas la reprise de l'activité antérieure. Il a en outre estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 5%, au motif que la situation correspondait à une perte fonctionnelle de 10% du membre inférieur droit (10% de 50%).

Sur la base des radiographies à sa disposition et du dossier de l'intimée, le Dr H. _____ a retenu que l'assuré se déplaçait sans boiterie, que la guérison de la fracture avait eu lieu dans un axe correct, que la mobilité des genoux et des hanches n'était pas entravée et que la musculature quadricipitale était vigoureuse. Il a considéré que les charges à porter n'étaient pas à limiter, que ce soit pour des motifs orthopédiques ou à cause de la musculature de la cuisse droite. Il a conclu qu'aucun

motif véritable de nature physique n'expliquait pourquoi l'activité habituelle ne continuerait pas à être entièrement exigible. Il a justifié l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 5% par la cicatrice de la cuisse et le discret accroissement de la rotation interne, précisant qu'une péjoration future de l'état de santé de l'assuré était improbable.

Le bilan radiologique effectué lors du séjour du recourant à la CRR a révélé un fémur bien consolidé avec un clou centro-médullaire en place, un défaut d'axe de la prothèse du côté tibial avec bascule antérieure de l'épiphyse tibiale et probable varus, et une coxarthrose débutante. Le Dr S. _____ a relevé que l'assuré marchait quasiment sans boiterie, arrivait à fléchir correctement ses genoux à 130°, avait une extension complète et un bon quadriceps. Il a considéré que la rééducation était quasi complète et que la capacité de travail pouvait éventuellement être augmentée de 50% à 60% en attendant l'âge de la retraite, avec la collaboration de l'OAI et de la CNA. Dans le rapport de sortie, les Drs C. _____ et K. _____ ont fait état d'une diminution de la douleur à la cuisse droite, d'un gain de force et d'une quasi disparition de la zone allodynique. Retenant qu'il n'y avait apparemment pas la possibilité d'employer l'assuré dans d'autres activités communales décrites comme lourdes et qu'il était proche de l'âge de la retraite, les médecins de la CRR ont considéré "pour le moment justifiée" l'incapacité de travail à 50%.

Le Dr Z. _____ a retenu qu'il existait, au niveau du membre inférieur droit, des séquelles objectives du traumatisme se manifestant par une cicatrice en coup de hache au milieu de la cuisse avec déhiscence musculaire importante, entraînant une fatigabilité au niveau de ce membre, empêchant le travail avec de lourdes charges et une activité avec un rendement tel que demandé actuellement. Il a observé que les problèmes médicaux antérieurs à l'accident permettaient au recourant, avant l'événement du 28 mai 2009, un travail à 100% avec une discrète limitation des charges portées, mais que tel n'était plus le cas (rapport du 10 janvier 2012). Il a par la suite précisé que la cicatrice au milieu de la cuisse, conséquence de la fracture ouverte, mais également signant une

lésion musculaire profonde, pouvait entraîner une fatigabilité au niveau du muscle quadriceps; cette fatigabilité rendait difficile le port de charges lourdes et entraînait anamnestiquement des douleurs au niveau de son fémur. Selon lui, il existait une perte musculaire pouvant expliquer la diminution de rendement à la suite de l'accident, ce qui n'était pas le cas avant le traumatisme, étant rappelé que le port de charges et un travail lourd était possible de manière épisodique avant l'accident, sans plainte particulière (rapport du 26 septembre 2012).

Le Dr D. _____ a fait état d'une cicatrice au milieu de la cuisse avec dépression musculaire importante avec diminution de la force des muscles extenseurs. Les douleurs et faiblesses du membre inférieur droit apparaissaient surtout lors du port de charges et des stations debout. Il a conclu que les lésions constatées à l'examen étaient compatibles avec les plaintes du recourant et ne permettaient pas d'envisager une capacité de travail supérieure à 50% (rapport du 8 mars 2012). Il a ensuite précisé que la faiblesse musculaire consécutive à la perte du muscle quadriceps lors de l'accident était due à trois facteurs, soit la fracture ouverte, la lésion musculaire elle-même avec perte de substance importante et la durée de la décharge supérieure à 8 mois, et que le discret vice de rotation du fémur modifiait la biomécanique de l'articulation du genou. Ces deux éléments entraînaient un risque de descellement au cas où une surcharge était imposée et s'opposaient aux constatations des Drs W. _____ et H. _____ (courrier du 19 avril 2012).

Dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, le SMR a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: "port de charges limité à 5-10 kg, pas de station debout prolongée, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de travail sur échelle ou échafaudage, pas de montées d'escaliers, pas de marche en terrain inégal". Un premier avis SMR faisait référence aux constatations du Dr W. _____, savoir que les seules séquelles de la fracture du fémur ne contre-indiquaient pas une reprise de l'ancienne activité à plein temps, mais soulignait qu'il y avait lieu de tenir compte de la situation antérieure à l'accident, particulièrement des prothèses totales du genou (avis médical du 5

décembre 2011). Le SMR s'est ensuite référé à l'avis du Dr Z._____ aux termes duquel l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle allégée, qui semblait être adaptée (avis médical du 27 février 2012). Sans procéder à de plus amples investigations, l'OAI a ainsi fixé le degré d'invalidité à 50%, l'incapacité de travail et de gain étant toutes deux estimées à 50%.

b) Il appert que l'appréciation des médecins précités diffère quant au lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident du 28 mai 2009. Si l'on suit le Dr W._____, on doit admettre que l'éventuelle limitation de la capacité de travail du recourant résulte d'atteintes à la santé antérieures à l'accident, notamment du status après prothèse totale du genou bilatérale. Selon le Dr H._____, abstraction faite des différentes affections relevant de la médecine interne, il n'existe aucun motif de nature physique justifiant une diminution de la capacité de travail dans l'activité habituelle. En revanche, tant le Dr Z._____ que le Dr D._____ concluent à une limitation de la capacité de travail de 50% en raison de l'atteinte au fémur droit. Ils fondent leur appréciation sur la cicatrice présente au milieu de la cuisse, la faiblesse musculaire consécutive à l'atteinte du muscle quadriceps et le léger vice de rotation du fémur. Si l'on constate que les Drs W._____ et H._____ ont mentionnés ces atteintes, ils ne leur ont toutefois pas attribué la même portée que les Drs Z._____ et D._____. En outre, les Drs Z._____ et D._____ ont fait état d'un certain nombre de limitations fonctionnelles, notamment relatives au port de charges, au terrain accidenté et à la station debout prolongée; l'OAI a également retenu des limitations fonctionnelles invalidantes, au contraire des médecins de la CNA. De leur côté, les médecins de la CRR ont conclu à une incapacité de travail partielle sans qu'ils n'expliquent les raisons permettant de retenir un empêchement de 50%. Leur appréciation semble reposer principalement sur des critères non médicaux, savoir l'âge proche de la retraite et le contexte socioprofessionnel.

Par ailleurs, le degré d'invalidité de 50% reconnu au recourant par l'OAI dans son préavis du 24 janvier 2013 ne saurait être reporté tel

quel dans la cause qui nous occupe. En effet, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise: ATF 133 V 549). Il faut tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Or en l'occurrence, l'OAI s'est prononcé tant sur la problématique des genoux, de nature malade, que sur l'atteinte au fémur, de nature accidentelle.

La Cour ne saurait au demeurant suivre l'intimée lorsqu'elle soutient que le recourant ne peut faire valoir aucune incapacité de gain dans la mesure où l'employeur s'acquitte de l'intégralité du salaire depuis l'accident. Dans l'hypothèse où l'on admettrait une diminution de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, respectivement de sa capacité de gain, en lien avec l'accident de mai 2009, force est de reconnaître que le salaire perçu par ce dernier se rapproche d'un salaire social. Or c'est le gain correspondant au travail effectivement fourni par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé, sans contenir d'élément de salaire social, qui doit être pris en compte lorsqu'il est procédé au calcul du degré d'invalidité (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

c) A l'aune de ce qui précède, on constate qu'il existe des points de divergence qui séparent les considérations des Drs W._____ et H._____ de celles des Drs Z._____ et D._____, sans que l'on ait des motifs décisifs pour accorder pleine valeur probante à un avis plutôt qu'à un autre. L'état de santé du recourant s'est certes modifié à la suite de l'implantation des prothèses totales aux genoux, ayant conduit à un allègement de son activité au sein de la Ville de [...] - avec le maintien de l'activité à 100% -, mais au vu des considérations médicales faites à la

suite de l'accident du 28 mai 2009, il est impossible, en l'état, de déterminer l'impact de séquelles et symptômes actuels sur la capacité de travail. Il existe dès lors un doute suffisant pour qu'il soit fait appel à un expert en vue de départager ces opinions conformément à la jurisprudence précitée, notamment de déterminer les affections somatiques dont est atteint le recourant, leur lien de causalité avec l'accident et l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient donc de renvoyer la cause à la CNA pour qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 44 LPGA et qu'elle rende une nouvelle décision.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, 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 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 30 mars 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à O. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Henri Berchier (pour O. _____)
- 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 :