

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 février 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, était employé auprès de la société F.\_\_\_\_\_ à [...]. A ce titre, il était assuré pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**B.** Par déclaration d'accident du 25 juillet 2003, l'assuré a annoncé à la CNA avoir été victime d'une agression le 20 juillet 2003.

Il ressort du constat médical de coups et blessures réalisé aux B.\_\_\_\_\_ (ci-après : le B.\_\_\_\_\_) le 21 juillet 2003 que l'assuré a souffert d'une hémorragie sous-durale temporale droite avec hémorragie sous-arachnoïdienne droite, d'une plaie mentonnière droite et de dermabrasions du genou et du tibia gauche. L'assuré a déclaré aux médecins qu'il s'était fait agressé par une bande de jeunes et qu'il avait reçu un coup de bâton au niveau de l'occiput, puis qu'il avait chuté sur le sol. Ensuite, il avait reçu un coup de poing au menton à gauche.

Dans l'avis de sortie du 24 juillet 2003 du B.\_\_\_\_\_, un diagnostic secondaire d'état dépressif a été posé.

L'assuré a été examiné par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin conseil de la CNA, qui ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte et dépressive dans leur rapport du 2 septembre 2004.

Par décision du 21 novembre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a alloué à l'assuré trois quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, sur la base d'un degré d'invalidité de 61 %.

Un examen psychiatrique a été réalisé le 28 août 2012 par le Dr O.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du même jour, ce médecin a posé les diagnostics d'anxiété généralisée et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Le Dr O.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'assuré avait été victime d'une crise d'épilepsie le 4 août 2007, qui, selon le Dr R.\_\_\_\_\_, était en lien de causalité naturelle avec l'agression du 20 juillet 2003. Le Dr O.\_\_\_\_\_ exprimait un certain doute sur ce dernier point. Il proposait que le Dr Z.\_\_\_\_\_ se prononce sur les séquelles neurologiques de l'événement du 20 juillet 2003.

Dans un rapport d'expertise du 25 février 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a notamment retenu que la seule séquelle neurologique constatée chez l'assuré était une anosmie bilatérale post-traumatique. Selon lui, il n'y avait pas de séquelles neuropsychologiques. Il confirmait en outre l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ selon laquelle la crise d'épilepsie avait une origine traumatique, et qu'il existe un lien de causalité naturelle entre l'événement de 2003 et l'épilepsie, et ceci selon le degré de vraisemblance prépondérante. Pour le Dr Z.\_\_\_\_\_, la problématique du sommeil n'avait aucun lien avec l'événement assuré.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a par la suite effectué un examen médical final. Dans son rapport du 10 décembre 2013, ce médecin a retenu les diagnostics suivants :

« Accident [...]

- Status après TCC avec hématome sous-dural temporal et hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne à D.
- Anosmie.
- Status après crise d'épilepsie en 2004.
- Status après fracture tassement stable de D12 en 2004.

Accident [...]

- Status après érosion récidivante de la cornée œil G.

Accident [...]

- Status après fracture et ostéosynthèse de la clavicule D en 2002 et AMO en 2003.

Accident [...]Status après fractures de côtes 8 à 12 en 2012.

Autres:

- Scotome acoustique bilatéral dans les hautes fréquences sur traumatismes répétés.
- Etat anxio-dépressif.
- Canal lombaire légèrement rétréci en L4-L5, L5-S1 avec paresthésies prédominant à D sur arthrose interfacettaire étagée. Protrusion discale en L3-L4 non sténosante, et protrusion discale légèrement sténosante en L4-L5 et L5-S1. »

Sous la partie « Appréciation », le Dr L. \_\_\_\_\_ écrivait ceci :

« □...□

Du point de vue médical, nous retenons comme diagnostic consécutif à l'événement du 20.07.2003, un status après TCC avec hématome sous-dural temporal et hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne D, une anosmie, un status après crise d'épilepsie en 2004 et un status après fracture-tassement stable de D12 en 2004. En tenant compte de ces divers éléments, nous n'avons pas de proposition thérapeutique particulière à formuler.

Du point de vue asséurologique, l'ensemble des lésions décrites ci-dessus sont stabilisées. Sur la base de l'examen clinique et des éléments subjectifs, des limitations fonctionnelles sont à reconnaître, à savoir le port de charge limité à 10 kg, la marche prolongée à plus de 10 minutes, la nécessité d'une alternance des positions assis/debout et l'absence d'utilisation d'échelle, d'escabeau ou d'échafaudage.

En tenant compte de ces limitations somatiques strictes, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée.

Ces mêmes éléments étant stabilisés, la situation donne droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée.

Etant donné que l'anamnèse et la gêne fonctionnelle rencontrée par M. D. \_\_\_\_\_ sont dominées par des aspects psychologiques, nous estimons qu'une évaluation par notre psychiatre-conseil est nécessaire.

[...] »

Dans un rapport du 10 décembre 2013, le Dr L. \_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité à un taux de 25 %. Il s'est fondé sur la table 7 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) qui prévoit, pour une fracture lombaire avec douleur minime permanente même au repos et accentuée par l'effort, un taux situé entre 5 et 10 %.

Pour le Dr L.\_\_\_\_\_, la situation de l'assuré correspondait au taux le plus élevé, raison pour laquelle il retenait 10 %. Il se basait également sur l'annexe 3 de l'OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) prévoyant, pour une anosmie, un taux de 15 %. Compte tenu du contexte particulier de cet assuré, la CNA retenait un taux final de 25 % et renonçait à toute pondération.

Par décision du 27 mai 2015, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 50 %, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, calculée sur la base d'un revenu annuel de 109'427 francs. Elle lui a également reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 26'700 fr., correspondant à un taux de 25 %.

Le 26 juin 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, tant s'agissant du taux d'invalidité retenu que concernant le degré de l'IPAI. Pour ce qui est de la rente, l'assuré considérait que le taux d'invalidité de 50 % était irréaliste et insuffisamment motivé, reprochant à la CNA de ne pas avoir procédé à la comparaison des gains. Il relevait que l'assurance-accidents n'avait chiffré ni le gain valide ni le gain d'invalidé, se bornant à affirmer qu'il exerçait une activité d'assistant de bureau à 50 %. Quant à l'IPAI, l'assuré indiquait que l'on ne savait pas sur quels éléments médicaux la CNA s'était fondée pour retenir le degré de 25 %.

Par décision sur opposition du 22 septembre 2015, la CNA a partiellement admis l'opposition en ce sens que le taux de la rente d'invalidité devait être réexaminé et faire l'objet d'une nouvelle décision. Elle a rejeté l'opposition concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. A cet égard, la CNA a retenu que les conclusions de l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de retenir des séquelles cérébro-organiques ou neuropsychologiques motivant la prise en compte d'un dommage permanent. Elle rappelait que le Dr O.\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu de diagnostic d'état de stress post-traumatique, que l'intéressé ne présentait pas non plus de flash-back ni de comportement d'évitement, et que l'angoisse n'avait pas de lien avec l'événement traumatique du 20

juillet 2003. Il n'y avait pas non plus de trouble de l'adaptation, de trouble panique, d'agoraphobie, de trouble dépressif et de trouble post-commotionnel. Dans ce contexte, la CNA considérait que le taux d'IPAI de 25 % devait être maintenu.

Dans un rapport du 18 octobre 2015 produit au dossier de la CNA le 20 octobre 2015 par l'assuré, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a considéré que l'assuré présentait les atteintes suivantes en lien avec l'accident :

- des séquelles d'un état de stress post-traumatique ;
- une anxiété généralisée ;
- un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sans symptômes psychotiques ;
- un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ était d'avis que toute la symptomatologie pouvait être mise en lien avec l'agression et que l'intéressé ne semblait pas avoir de vulnérabilité psychique particulière qui l'aurait disposé à ce type d'évolution. Sur le plan neuropsychologique, l'assuré présentait depuis l'agression notamment des troubles de la concentration et de la mémoire invalidants. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ soutenait qu'un examen neuropsychologique complet et détaillé paraissait nécessaire. Pour lui, l'assuré présentait une incapacité de travail totale en lien avec la symptomatologie, celle-ci étant la résultante de l'agression qu'il avait subie. Il estimait que compte tenu de cette symptomatologie, il n'y avait pas d'activité adaptée qui permettrait à l'assuré de retrouver du travail et que compte tenu de la chronicité des troubles, il était peu probable que sa capacité de travail s'améliore.

**C.** Par acte du 23 octobre 2015, D.\_\_\_\_\_ interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition du 22 septembre 2015, concluant à la réforme de celle-ci en ce sens qu'il a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 25 %. Il conclut également à ce que la CNA soit condamnée à prendre en charge les frais de rapport du Dr

Q.\_\_\_\_\_ à hauteur de 250 francs. En substance, le recourant soutient que la CNA ne saurait se fonder sur le dernier examen neuropsychologique pour exclure toute atteinte dans ce domaine. Il rappelle que depuis l'agression, il souffre toujours de fatigabilité, de ralentissements et de troubles attentionnels et de la concentration, « hormis le constat de plaintes post-traumatiques et des troubles thymiques se manifestant sur une symptomatologie anxio-dépressive consécutive à l'accident ». Il souligne également que selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, il souffre de séquelles d'un stress post-traumatique, d'une anxiété généralisée, d'un trouble dépressif récurrent et d'un syndrome de dépendance à l'alcool qui est à mettre sur le compte de l'agression de 2003.

Par décision du 18 novembre 2015, la CNA a alloué à D.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité de 58 %. L'intéressé a fait opposition à l'encontre de cette décision le 18 décembre 2015, concluant à ce qu'il ait droit à une rente calculée sur un taux d'invalidité supérieur.

Le 15 janvier 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a transmis un nouveau rapport à la CNA, dans lequel il évoquait une recrudescence des symptômes anxio-dépressifs, un épuisement conduisant à une augmentation du risque suicidaire, des troubles du sommeil avec réveils précoces marqués par beaucoup d'anxiété, qui avaient majoré sa consommation d'alcool. Grâce aux consultations, la symptomatologie anxiodépressive s'était toutefois stabilisée, voire avait quelque peu diminué. Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une incapacité de travail totale en lien avec la symptomatologie qui était la résultante de l'agression dont il avait souffert.

Dans sa réponse du 11 février 2016, l'intimée a déclaré qu'elle acquiesçait au recours dans le sens de l'annulation de la décision sur opposition querellée et la reprise de l'instruction du cas. Elle se fondait à cet égard sur l'appréciation du 14 mars 2016 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a notamment écrit ce qui suit (cf. traduction du rapport) :

«[...]»

**Pouvez-vous confirmer les diagnostics établis par le Dr Q. \_\_\_\_\_? Veuillez motiver votre réponse.**

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ dresse la liste des symptômes psychiatriques de l'assuré:

1. suites d'un état de stress post-traumatique SSPT (F43.1)
2. trouble anxieux généralisé (F41.1)
3. trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2)
4. syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25)

1.  
L'indication de suites d'un état de stress post-traumatique et le codage CIM-10 F43.1, qui correspond à un état de stress post-traumatique dans un sens plus étroit, sont contradictoires. Les symptômes mentionnés par le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne correspondent pas au tableau clinique complet d'un SSPT et ne permettent pas, ou plus, d'établir ce diagnostic.

Parallèlement au traumatisme (présent), des intrusions (en partie présentes, mais elles ne sont pas quantifiées et aucune description concrète/détaillée n'est fournie), un comportement d'évitement (présent) et une hypersensibilité du système nerveux végétatif (mentionnée, mais sans description concrète - probablement inexistante) sont requis pour diagnostiquer un SSPT.

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ mentionne le fait que l'assuré revive la situation traumatisante sans documenter la fréquence et sans fournir aucun détail de fond. Je ne mets pas en question l'existence de ce symptôme. Cependant, pour diagnostiquer un SSPT, qui est un tableau clinique complexe, les aspects quantitatifs et qualitatifs des différents symptômes sont importants. Dans la description de mauvaise qualité dont nous disposons, ils ne sont pas mentionnés. La nature et la gravité des intrusions, qui prennent la forme d'une réminiscence du traumatisme, ne sont notamment pas claires. La description conduit plutôt à penser que la réminiscence du traumatisme n'est pas importante.

Vu la description, un comportement d'évitement des pensées, des lieux et d'une manière générale, des situations violentes, est indubitable.

Le symptôme d'hypersensibilité du système nerveux végétatif ne peut pas être identifié dans la description du Dr Q. \_\_\_\_\_. Les symptômes présentés, qualifiés d'hypersensibilité du système nerveux végétatif, se limitent aux situations pendant la réminiscence du traumatisme et correspondent davantage aux symptômes concomitants somatiques des états anxieux.

D'un point de vue diagnostique, je ne considère pas un modèle symptomatique de SSPT, mais plutôt un tableau mixte composé d'un reste de réaction au stress ou un ancien SSPT d'une part, et d'un trouble anxieux généralisé d'autre part. Compte tenu du tableau chronique présenté, combiné aux éléments dépressifs qui sont

décrits, le diagnostic différentiel de trouble de la personnalité durable doit être envisagé. Il conviendrait de le vérifier au moyen d'une anamnèse approfondie et de constatations précises. Les indications disponibles dans le dossier et les rapports sont insuffisantes.

La question de la causalité n'est donc pas du tout éclaircie.

Pour moi, il ne fait aucun doute qu'un lien de causalité naturel existe avec l'événement.

Dans le même temps, on observe au degré de la vraisemblance prépondérante que des facteurs externes à l'accident ont eu une influence décisive sur le développement de l'état actuel. Je pense ici au problème d'alcoolisme, pour lequel tout porte à croire qu'il existait avant l'accident de manière notable.

Il n'est donc pas seulement question d'évaluer si un trouble de la personnalité durable existe, mais éventuellement aussi de déterminer quelle peut être son étiologie. Un trouble de la personnalité durable est un développement possible après un stress extrême ou un SSPT préalable (CIM-10 F62.0), ainsi qu'en cas de maladie psychiatrique (CIM-10 F62.1). Il convient de considérer que tel est le cas avec le grave problème d'alcoolisme, vraisemblablement déjà présent au moment de l'accident.

Les constatations évoquées ci-dessus montrent combien il est complexe de répondre à vos questions sur la situation à nuancer et mettent en évidence l'insuffisance des données disponibles pour établir une appréciation sérieuse.

2.

Le diagnostic de trouble anxieux généralisé est possible et depuis l'accident, il a joué un rôle tout au moins temporairement, mais compte tenu de la complexité de la situation, il ne peut pas être confirmé à l'aide des documents et rapports disponibles. Je postule plutôt un tableau mixte, comme je l'ai expliqué au point 1.

3.

Le diagnostic différentiel de trouble dépressif récidivant est possible, mais il n'est pas clairement identifiable dans la situation présente. En principe, le diagnostic de trouble dépressif récidivant requiert la présence de deux épisodes dépressifs. Ce tableau clinique est un trouble affectif monopolaire évoluant par poussées.

L'anamnèse révèle un premier état dépressif en 1990. L'explication de la mort du père de l'assuré n'atténue pas ce fait. Naturellement, une réaction de deuil survient après un tel décès. En revanche, une dépression est une réaction pathologique.

De plus, la mention de la dépression comme second avis dans le rapport relatif à l'hospitalisation de deux jours immédiatement après l'événement du 20.7.2003 est un argument de poids en faveur d'un autre épisode dépressif. Les informations disponibles ne permettent pas de savoir s'il s'agissait d'un état dépressif préexistant lors de l'admission à l'hôpital ou d'un état de crise au sens d'une réaction post-traumatique, qualifiée de dépression.

En définitive, ni l'une ni l'autre des deux «dépressions» n'est certaine au vu des documents à disposition.

A mon avis, le diagnostic de trouble dépressif récidivant n'est pas explicitement établi. Dans le cas présent, il peut aussi s'agir d'un état dépressif chronique. Du moins, les dossiers présentent une symptomatique dépressive continue, plus ou moins importante, depuis le mois de juillet 2003, voire plus tôt. Sont envisageables comme facteurs étiologiques ou de maintien non seulement le traumatisme, mais aussi le problème d'alcoolisme (voire la dépendance) sévère pendant plusieurs années.

D'une manière générale, les dossiers me donnent l'impression de symptômes dépressifs de gravité croissante, mais continus depuis le séjour hospitalier de 2003, voire préexistants. Au mois d'août 2003, le Dr M.\_\_\_\_\_, neurologue, décrit un manque d'appétit, des angoisses, des troubles de la concentration et de la mémoire, symptômes qui peuvent aussi être imputés à un syndrome dépressif. Au mois de septembre 2003, à l'occasion de l'examen de suivi neuropsychologique au B.\_\_\_\_\_, une humeur anxio-dépressive accompagnée d'intrusions est décrite. Au mois de mai 2004, le Dr C.\_\_\_\_\_ documente une nouvelle fois un état dépressif avec son diagnostic de dépression réactive et au mois de septembre 2004, le Dr O.\_\_\_\_\_ observe un trouble de l'adaptation combiné à des symptômes anxieux et dépressifs.

Pour moi, il ne fait aucun doute que des symptômes dépressifs étaient présents après l'événement. Les différentes descriptions et classifications au cours de l'évolution (humeur dépressive, dépression réactive, trouble de l'adaptation avec combinaison d'angoisse et de dépression) ne sont pas nécessairement contradictoires, mais ils peuvent avoir trait à différentes périodes suivant l'événement, dans des conditions diagnostiques différentes.

Une chose demeure cependant peu claire : le trouble dépressif était-il préexistant et dans quelle mesure, parallèlement à l'exposition à la violence ayant entraîné un traumatisme en 2003, d'autres facteurs étrangers à l'accident ont participé au développement ou au maintien de la pathologie dépressive? Ici encore, il convient de supposer au degré de la vraisemblance prépondérante que la symptomatique ou la pathologie dépressive est sensiblement influencée par l'exposition à l'alcool très probablement préexistante.

4.

Il convient de considérer ce diagnostic comme exact pour plusieurs raisons.

- La prescription de Becozyme à l'occasion de l'observation stationnaire au B.\_\_\_\_\_ en 2003.
- L'existence bien documentée d'une polyneuropathie (cf. rapports neurologiques du Dr R.\_\_\_\_\_).
- Le constat d'une affection du vermis cérébelleux en tant que manifestation caractéristique d'une atrophie cérébrale liée à l'alcool.

- Les données anamnestiques et le fait que l'assuré se soit présenté à une consultation auprès du Dr O. \_\_\_\_\_ avec une fétidité alcoolique.
- Dans le rapport du 15.1.2016, une indication quantitative est formulée (1 litre de vin par jour pendant plusieurs années). Elle permet d'établir la dépendance alcoolique.

L'apparition de symptômes neurologiques telles que la polyneuropathie et la manifestation d'une atrophie vermiennne requièrent une exposition à l'alcool pendant de nombreuses années. Elles ne sont toutefois documentées par le neurologue que quelques mois après l'événement. La prescription de Becozym® plaide également en faveur d'une consommation d'alcool tout au moins nocive de l'assuré avant l'événement.

La description de la consommation d'alcool comme une conséquence de l'événement n'est pas plausible. En revanche, il convient de supposer au degré de la vraisemblance prépondérante qu'une consommation d'alcool nocive (DD : syndrome de dépendance alcoolique) ayant entraîné des séquelles somatiques et psychologiques était déjà présente avant l'événement.

Bien que l'événement ait constitué un stress mental, la consommation continue d'alcool et ses séquelles somatiques avérées doivent être considérées comme ayant contribué de manière considérable à la mauvaise évolution.

**Parmi les diagnostics, lesquels sont naturellement liés à l'incident du 20.7.2003 au degré de la vraisemblance prépondérante ?**

J'ai déjà répondu en partie à cette question au point 1.

L'appréciation de la question de la causalité est beaucoup plus complexe que les faits dont tient compte le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_.

Il convient probablement de supposer une causalité partielle du trouble diagnostiqué composé d'angoisse et de séquelles traumatiques qui reste à définir, ainsi qu'une pathologie dépressive. L'événement violent du 20.7.2003 est un facteur causal au degré de la vraisemblance prépondérante. La problématique (DD : dépendance) alcoolique préexistant très probablement à l'événement, a également contribué substantiellement à la mauvaise évolution.

**Une appréciation complémentaire de l'atteinte à l'intégrité est-elle opportune compte tenu des éventuelles complications psychologiques des lésions cérébrales et du dysfonctionnement érectile ?**

Question partielle 1

Une appréciation de l'atteinte à l'intégrité requiert la durabilité du trouble psychologique. Cependant, étant donné que toutes les possibilités thérapeutiques pour soulager les troubles psychologiques de l'assuré n'ont pas été exploitées, il n'est pas pertinent de procéder à une appréciation de l'atteinte à l'intégrité. Il

est raisonnablement permis d'anticiper une amélioration de l'état sous le traitement adéquat.

Actuellement, nous ne disposons pas de données concrètes sur le traitement médicamenteux, sur la prise de benzodiazépines ou sur la nature et la quantité de la consommation d'alcool de l'assuré.

L'état de santé de l'assuré, déterminé à l'aide des documents qui suggèrent une pathologie dépressive sans précision, une dépendance alcoolique avec utilisation continue et/ou d'autres troubles psychologiques, ainsi qu'à l'aide du rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_, constitue un trouble substantiel. Parallèlement, les rares indications relatives aux médicaments psychotropes qui se trouvent dans les dossiers permettent de conclure que seuls des antidépresseurs de type ISRS ont été employés temporairement au cours de l'évolution. On ignore tout de leur efficacité, des motifs et du moment de l'interruption.

Le dernier rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ révèle qu'actuellement, aucun traitement antidépresseur n'est établi malgré l'état maladif considérable de l'assuré. Depuis le début du suivi dans son cabinet, il a tenté de mettre en place un traitement antidépresseur, mais ce dernier n'a pas été poursuivi en raison des effets secondaires. Aucune donnée n'est disponible sur les préparations utilisées, la posologie, ou encore la nature et la gravité des effets secondaires qui sont apparus.

Compte tenu du fait que les symptômes décrits et les diagnostics mentionnés peuvent être fondamentalement bien influencés par une pharmacothérapie adaptée, il convient d'accorder autant d'importance à un sevrage alcoolique et éventuellement aux benzodiazépines qu'à un traitement par médicaments psychotropes et une thérapie psychothérapeutique ou de soutien.

Etant donné que les effets secondaires compliquent manifestement l'ajustement des médicaments indiqués, la possibilité d'un traitement stationnaire doit être envisagée sérieusement. Et ce notamment parce que le traitement d'une dépendance alcoolique de plusieurs années et la gravité du tableau clinique psychique l'exigent, et parce qu'une tendance suicidaire a toujours joué un rôle par le passé.

#### Question partielle 2

En ce qui concerne la question du dysfonctionnement érectile, une nouvelle fois les données concernant l'éventuelle médication actuelle (y compris les médicaments sur indication somatique) font défaut. Nombreux sont les médicaments qui peuvent provoquer des troubles de l'érection. On ignore si l'assuré prend de tels médicaments ou non. En revanche, nous avons connaissance de différentes maladies somatiques nécessitant fondamentalement un traitement.

L'influence de l'alcool, de la dépression et de l'abus de nicotine sur le dysfonctionnement érectile est très bien connue. Monsieur D. \_\_\_\_\_ présente donc toute une série de facteurs susceptibles d'exercer un impact négatif sur la fonction érectile. Nombre d'entre eux (alcool, nicotine, éventuellement médicaments pour traiter les

symptômes somatiques) ne sont pas liés au degré de la vraisemblance prépondérante à l'événement, conformément aux réflexions sur la causalité énoncées précédemment.

Une appréciation de l'atteinte à l'intégrité en raison du dysfonctionnement érectile ne semble pas appropriée. Elle devrait contenir une exploration sérieuse et une pondération des facteurs susmentionnés.

### **Un examen neuropsychologique ou une expertise pluridisciplinaire sont-ils indiqués? Pourquoi?**

Un examen neuropsychologique semble pertinent.

Cependant, il n'est pas indiqué seul, mais dans le cadre d'une appréciation ou d'une expertise pluridisciplinaire à dominante psychiatrique, neurologique et neuropsychologique.

La question de savoir s'il doit s'agir d'une appréciation de médecine des assurances pluridisciplinaire interne ou d'une expertise externe correspondante dépend du stade de la procédure, mais aussi des éventuelles ressources internes de la Suva dans les trois disciplines en Suisse romande. Une expertise externe dans ces disciplines sera indispensable car les signalements de troubles cognitifs de différents degrés persistent depuis plusieurs années.

L'anamnèse révèle un traumatisme cranio-cérébral. Dans le même temps, plusieurs autres causes plausibles des troubles cognitifs sont présentes. Parmi celles-ci, les diagnostics différentiels abordés, qui peuvent tous s'accompagner d'atteintes cognitives.

La dépendance alcoolique existante risque d'avoir des répercussions organiques dans le cerveau compte tenu des séquelles somatiques observées (polyneuropathie, atrophie vermiennes). Une pathologie dépressive s'accompagne généralement de troubles cognitifs, notamment quand elle est sévère comme dans le cas présent. La consommation de benzodiazépines provoque des troubles cognitifs — c'est un fait avéré. Enfin, les séquelles neuropsychologiques d'un traumatisme cranio-cérébral doivent toujours être considérées comme possibles et elles ne dépendent pas directement de l'ampleur des lésions structurelles.

### **Remarque complémentaire**

Dans son rapport, le Dr Q.\_\_\_\_\_ considère que l'incapacité de travail est totale et sans perspective d'amélioration. Toutefois, il ne documente et ne fonde pas l'incapacité de travail au moyen des limitations fonctionnelles consacrées. Cela n'a aucun sens.

L'appréciation de la capacité de performance ou de ses limitations doit être effectuée à l'aide de la description des fonctions concrètes au quotidien. Le travail avec des instruments tels que l'échelle Mini-ICF-APP peut s'avérer utile à cette fin. Une telle appréciation de la capacité peut avoir lieu dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle s'avérera pertinente après l'établissement du traitement indiqué, qui devrait à mon avis commencer dans un cadre stationnaire.

La traitabilité fondamentale de l'état de santé ou des comorbidités de l'assuré contredit le pronostic du Dr Q.\_\_\_\_\_. Comme je l'ai évoqué, un traitement stationnaire serait indiqué à mon avis. »

Lors d'une audience du 25 août 2016, la cause a été suspendue pour permettre aux parties de trouver une solution transactionnelle entre elles.

Le 22 décembre 2016, l'intimée a informé la Cour de céans que selon elle, on ne pouvait faire l'économie d'une expertise interdisciplinaire telle que préconisée par la Dresse J.\_\_\_\_\_. Pour cette raison, elle ne pouvait se rallier à la proposition transactionnelle du recourant.

Le 25 janvier 2017, le recourant a relevé que l'intimée n'avait nullement acquiescé au recours, puisqu'elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et à la reprise de l'instruction. Au vu de la position de la CNA, le recourant a considéré qu'il y avait lieu d'admettre les conclusions de l'intimée en ce sens que la décision sur opposition entreprise devait être annulée et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction.

### **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 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), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**b)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le présent litige porte exclusivement sur le taux de l'IPAI retenu par l'intimée, qui devrait être supérieur à 25 % selon le recourant. La question du taux d'invalidité et de la rente de la CNA a fait l'objet d'une nouvelle décision le 18 novembre 2015, laquelle a été contestée par la voie de l'opposition le 18 décembre 2015, et ne fait pas l'objet de la présente procédure.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 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 (art. 18 al. 1 LAA).

**b)** 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. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 ; TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et réf. cit).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et réf. cit.). L'annexe 3 de l'OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b et réf. cit.). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

**4. a)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette

exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C\_87/2007 du 1er février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

**b)** 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 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme crânio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C\_957/2008 du 1<sup>er</sup> mai 2009 consid. 4.2,

8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

**5.** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. 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 et réf. cit.; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**6.** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). 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). 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 (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**7.** En l'espèce, la CNA, se fondant sur le rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_ considère que la décision sur opposition querellée doit être annulée et que l'instruction du cas doit être reprise. Dans ses déterminations du 25 janvier 2017, le recourant s'est rallié à la position de l'intimée.

**a)** A la lecture du rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_, il s'avère en effet que la question de la causalité entre l'événement du 20 juillet 2003 et les troubles actuels n'est pas suffisamment éclaircie. Comme le relève ce médecin, il existe au degré de la vraisemblance prépondérante des facteurs externes qui ont eu une influence décisive sur le développement de l'état de santé actuel du recourant : il s'agit en particulier d'une problématique d'alcoolisme, qui semblait exister avant l'accident et de manière notable. Or une telle affection est susceptible de provoquer, notamment, un trouble de la personnalité durable, diagnostic envisagé par la Dresse J.\_\_\_\_\_. Cette dernière considère toutefois que ce diagnostic devrait être vérifié au moyen d'une anamnèse approfondie et de constatations précises, les indications disponibles dans le dossier étant insuffisantes. Elle relève également, s'agissant du diagnostic de trouble dépressif, que sont envisageables comme facteurs étiologiques ou de maintien non seulement le traumatisme mais aussi le problème d'alcoolisme sévère pendant plusieurs années. La Dresse J.\_\_\_\_\_ précise toutefois qu'il est difficile de déterminer si le trouble dépressif était préexistant à l'événement de 2003 et dans quelle mesure d'autres facteurs ont participé au développement ou au maintien de la pathologie dépressive. Par ailleurs, la Dresse J.\_\_\_\_\_ évoque une vraisemblable dépendance aux benzodiazépines, rien n'indiquant toutefois que ceux-ci étaient pris avant l'agression. La question de la causalité est donc également en suspens sur ce point. On relèvera enfin que pour la Dresse J.\_\_\_\_\_, les troubles de la concentration et de la mémoire ne peuvent pas être de simples conséquences d'un traumatisme crânio-cérébral : ceux-ci s'inscrivent dans le cadre d'un tableau clinique de dépression et d'abus d'alcool pendant de longues années, ainsi que de consommation de benzodiazépines, lesquels provoquent des troubles cognitifs.

**b)** Au vu de ce qui précède, force est donc de constater que la question de la causalité dans cette affaire est particulièrement complexe et qu'elle ne peut pas être tranchée en l'état. Conformément à ce que préconise la Dresse J.\_\_\_\_\_, il convient dès lors de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comprenant au moins un volet psychiatrique, un volet neurologique et un volet neuropsychologique.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient 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 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où les volets psychiatrique, neurologique et neuropsychologique n'ont pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

**c)** Au vu des considérations qui précèdent, il convient donc effectivement, comme le suggèrent les parties, d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition querellée et de renvoyer la cause à la CNA pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. On précisera que dans la mesure où la question de la causalité est déterminante non seulement dans l'appréciation de l'IPAI mais également s'agissant du droit à la rente, et compte tenu du fait que la contestation relative à la rente de l'assurance-accidents fait toujours l'objet d'une instruction auprès de l'intimée suite à l'opposition du recourant du 18 décembre 2015, le renvoi de la cause à la CNA paraît d'autant plus adéquat.

**8. a)** Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

**b)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 3'000 fr., en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD).

Enfin, le recourant requiert la prise en charge par la CNA des frais de rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2015 par 250 francs. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (TF 8C\_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7 et réf. cit.). En l'espèce, la production de l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est révélée utile à la solution du litige, puisqu'elle a conduit la CNA à consulter la Dresse J.\_\_\_\_\_ de la Division médecine des assurances à Lucerne, laquelle a conclu qu'une instruction complémentaire était nécessaire. Ces frais doivent par conséquent être mis à la charge de l'intimée.

**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 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 22 septembre 2015 est annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

**IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à D. \_\_\_\_\_ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

**V.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à D. \_\_\_\_\_ la somme de 250 fr. (deux cents cinquante francs) à titre de remboursement des frais de rapport médical.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour D. \_\_\_\_\_),
- 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 :