

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Férolles et M. Oppikofer, juges assesseurs
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

P. _____, à (...), recourant, représenté par Me Valentin Aebischer, avocat
à Fribourg,

et

B. _____, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 18 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du [...], a travaillé à 100% en qualité de maçon auprès de l'entreprise [...] dès le 2 juin 2014. Le 3 juillet 2014, alors qu'il circulait au volant d'un chariot à moteur, celui-ci s'est renversé. L'assuré s'est fracturé le tibia et le péroné gauches en sautant du véhicule. Les fractures ont été traitées par pose d'un fixateur externe le 4 juillet 2014 et puis par ostéosynthèse le 18 juillet 2014. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

L'assuré a séjourné du 17 au 31 décembre 2014 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR). Dans leur rapport du 6 janvier 2015, les Drs W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et D._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics de neuropathie tronculaire sensitivo-motrice axonale modérée du nerf péronier gauche. Sur le plan orthopédique, l'ablation de la plaque d'ostéosynthèse était indiquée dans le contexte d'une déhiscence cutanée avec écoulement purulent et d'une impotence fonctionnelle, afin de procéder à un nettoyage du tibia et à la réalisation de prélèvements profonds, avant d'envisager la reprise d'une rééducation à la marche. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré (situation sociale précaire chez un assuré n'ayant pas de permis de séjour, ni de lieu de domicile fixe, mauvaise compréhension du français).

Par intervention du 9 janvier 2015, le matériel d'ostéosynthèse a été retiré de la jambe gauche de l'assuré, en raison d'une infection à *Enterobacter Cloacae*.

L'assuré a effectué un deuxième séjour à la CRR du 11 mars au 15 avril 2015. Dans leur rapport du 29 mai 2015, les Drs W._____ et D._____ ont posé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du membre inférieur gauche. Un examen psychiatrique avait révélé une kinésiophobie et une crainte que la plaie ne

se rouvre. Aucun diagnostic psychopathologique n'était retenu chez un assuré rapportant de l'anxiété en lien avec les facteurs contextuels et les douleurs. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activités nécessitant la marche sur petites distances et position statique debout prolongée), le pronostic était également défavorable en raison des facteurs contextuels (mauvaise maîtrise du français, situation sociale précaire, chez un assuré ayant tendance au catastrophisme et à la peur du mouvement).

Dans un rapport du 22 février 2016 au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr X._____, spécialiste en traitement interventionnel de la douleur, a confirmé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche suite à un traumatisme au travail ayant nécessité trois interventions chirurgicales. La rééducation était ralentie aussi pour des raisons contextuelles. La progression était néanmoins positive, bien que lente. Un soutien médicamenteux était proposé.

Lors d'un troisième séjour à la CRR du 13 juillet au 10 août 2016, les Drs W.____ et [...], médecin-assistante, n'ont posé aucun nouveau diagnostic (rapport du 9 septembre 2016). L'évaluation psychiatrique retrouvait un patient plaintif avec un discours centré sur la douleur qui abaissait son moral et le rendait plus irritable. Au plan orthopédique, les radiographies réalisées confirmaient la consolidation de la fracture et le CT-Scan n'avait montré aucune atteinte du talus. L'assuré restait centré sur les douleurs et il n'avait pas été possible de mettre en place un programme de rééducation fonctionnelle adapté. La stabilisation de la situation était prévue à deux mois, aucune nouvelle intervention n'étant par ailleurs proposée. Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient la marche prolongée en terrain irrégulier et le port répété de charges supérieures à 10kg.

L'examen final a été pratiqué le 13 février 2017 par le Dr G._____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement auprès

de la CNA. Celui-ci a constaté la persistance d'importantes douleurs malgré un traitement au [...]. La fracture était consolidée avec récupération des axes. Elle était potentiellement arthrogène à moyen terme. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était favorable (possibilité d'exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire en évitant la position debout statique prolongée, les travaux accroupis ou à genoux, la marche en terrain irrégulier et le port de charge de plus de 15 kg). L'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ne se justifiait pas en l'état.

Par courrier du 14 février 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle comptait mettre fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2017, les contrôles médicaux et les médicaments nécessaires étant pris en charge jusqu'au 31 août 2017.

Le 18 juillet 2017, la CNA a rendu une décision dans laquelle elle a refusé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle par ailleurs refusé l'allocation d'une rente d'invalidité, pour les motifs suivants :

"Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que M. P. _____ est à même d'exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire en évitant la position debout statique prolongée, les travaux accroupis ou à genoux, des courts déplacements à plat sont possible, il doit éviter la marche en terrain irrégulier et le port de charge de plus de 15 kg. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettraient de réaliser un revenu de CHF 5'015.- par mois (13^{ème} salaire inclus). Comparé au gain de CHF 4'927.- par mois (13^{ème} salaire inclus), qu'il réaliserait sans l'accident, il n'en résulte dès lors pas de perte économique indemnisable".

Il ressort du dossier que pour déterminer le revenu après l'accident (revenu d'invalidé), la CNA s'est fondée sur son fichier de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). Elle a sélectionné cinq fiches de postes actuels dans le canton de Vaud (ouvrier en horlogerie, collaborateur de production). Le revenu déterminant correspondait à la moyenne des revenus dans ces cinq postes.

Le 14 septembre 2017, l'assuré, représenté par son conseil Me Aebischer, s'est opposé à la décision du 18 juillet 2017, en concluant implicitement à son annulation et à la mise en œuvre de mesures d'instruction propres à déterminer son état de santé physique et psychique, ainsi que le taux de rendement effectif dans une activité adaptée. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 13% au moins. En substance, l'assuré a reproché à la CNA d'avoir basé sa décision sur le rapport médical du Dr G._____, lequel était incomplet. Ce médecin ne s'était pas prononcé sur les atteintes psychiques découlant de l'accident et n'avait pas non plus pris position sur sa capacité de travail et de gain. Il n'avait par ailleurs pas tenu compte des autres avis médicaux au dossier. Dans un second grief, l'assuré a contesté l'établissement du revenu d'invalidé, respectivement de son degré d'invalidité. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport du 15 août 2017 établi par les Drs X._____ et L._____, dont les conclusions sont les suivantes :

"Conclusions, traitement et évolution

Le patient présente donc un syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche suite à un traumatisme au travail ayant nécessité 3 interventions chirurgicales.
[...].

A la dernière consultation le 04.08.2017, la problématique sociale est à l'avant-plan. En effet le patient n'a plus d'argent pour se payer les médicaments n'ayant plus d'entrée d'argent depuis 3 mois par la SUVA et il n'a toujours pas de permis de travail.

Cliniquement la situation s'améliore il est vrai lentement mais progressivement. Toutefois une reprise de son ancien emploi de maçon n'est probablement pas envisageable.

Vu l'urgence de la situation sociale nous avons adressé le patient à la consultation de médecine générale à la PMU du CHUV, le patient n'ayant jusqu'à présent pas de médecin traitant et nous l'avons également adressé pour une prise en charge par une assistante sociale".

La CNA a soumis le rapport des Drs X._____ et L._____ pour appréciation à son médecin d'arrondissement, le Dr G._____. Celui-ci a confirmé la teneur de son rapport du 13 février 2017, en particulier la capacité de travail à plein temps de l'assuré, dans une activité adaptée.

Par décision sur opposition du 27 septembre 2017, la CNA a confirmé sa décision du 18 juillet 2017. Dans sa motivation, elle a notamment retenu que le rapport du 17 août 2017 du Dr X._____ ne contenait aucun élément nouveau, précisant que le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe était connu depuis longtemps. De plus, le Dr X._____ avait fait état d'une amélioration de la situation clinique et énoncé que la problématique sociale était à l'avant-plan. Le gain d'invalidé fixé dans la décision querellée ne prêtait par ailleurs pas le flanc à la critique.

B. Par acte du 30 octobre 2017, P._____, sous la plume de son représentant, a déféré la décision rendue le 27 septembre 2017 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 3'202 fr. 50, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. Sur le plan formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, notamment parce qu'il considère qu'il aurait dû pouvoir s'exprimer sur le rapport du médecin d'arrondissement du 25 septembre 2017, lequel ne lui a pas été transmis. Le recourant a ensuite fait grief à l'intimée de ne s'être fondée que sur l'appréciation du Dr G._____ du 13 février 2017, sans procéder à des examens complémentaires alors que ce rapport entre selon lui en contradiction avec les observations du Dr S._____ des 3 octobre 2016, 1^{er} décembre 2016, 22 mai 2017 et 27 février 2017, selon lesquelles il a présenté une incapacité de travail totale entre le 1^{er} octobre 2016 et le 30 septembre 2017. Le recourant a enfin reproché à l'intimée de ne pas avoir instruit sa problématique psychiatrique. A l'appui de son recours, P._____ a produit un nouveau rapport du Dr S._____, du 24 octobre 2017, selon lequel il est certes capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, toutefois avec un rendement qui n'excéderait pas les 60 à 70%. Dans ce contexte, le recourant a également contesté le montant du revenu d'invalidé retenu, considérant que celui-ci s'élevait, en tenant compte de la diminution de rendement de 30% attestée par le Dr S._____, au maximum à 3'510 fr.

50 par mois. Comparé au revenu sans invalidité de 4'927 fr., il en découlait une perte de gain de 28.5%, ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Dans sa réponse du 16 janvier 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, la conclusion relative à l'IPAI étant quant à elle irrecevable. A l'appui de sa réponse, elle a produit une appréciation médicale du 12 janvier 2018 établie par la Dresse Q._____, médecin d'arrondissement. Selon elle, les deux rapports médicaux produits par P._____ dans le cadre de son recours ne modifiaient pas les conclusions de l'examen médical final du Dr G._____ du 13 février 2017. En particulier, la diminution de rendement de l'ordre de 30-40% retenue par le Dr S._____ sur les seules déclarations de l'assuré ne pouvait pas être suivie, ce d'autant qu'aucun élément médical objectif ne permettait de soutenir cette évaluation (pas d'aggravation de l'état de santé, amélioration lente et progressive constatée par le service d'antalgie). Au plan psychique, la Dresse Q._____ a rappelé que le recourant avait bénéficié d'évaluations psychiatriques à la CRR, qui n'avaient mis en évidence aucune maladie psychiatrique. De plus, la kinésiophobie n'était pas une maladie psychiatrique.

Par réplique du 13 avril 2018, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle devait comporter un volet psychiatrique.

Le 23 mai 2018, le recourant a produit un rapport du 7 mai 2018 des Drs X._____ et L._____, qui se prononcent sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis août 2017, date de leur dernier rapport. Selon eux, la situation s'était légèrement améliorée mais une reprise de son ancien emploi de maçon n'était absolument pas envisageable.

Le 6 juin 2018, la CNA a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; 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 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) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Dans le cas particulier, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Singulièrement, il s'agit de se prononcer sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le recourant conclut à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette conclusion est irrecevable, l'assuré, bien que dûment assisté d'un avocat, n'ayant pas attaqué dans son opposition le refus de la CNA de lui accorder une telle indemnité. Sur ce point, la décision est donc entrée en force et cette question n'a plus à être examinée.

c) Il sera noté que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'événement litigieux (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. Dans la mesure où le recourant invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1).

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées).

b) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée sur la seule appréciation du Dr G. _____ du 13 février 2017, sans se prononcer sur sa capacité de travail résiduelle, ni sur une éventuelle baisse de rendement. L'intimée ne lui a par ailleurs pas transmis le rapport de ce même médecin daté 25 septembre 2017, dont il n'a eu connaissance qu'une fois la décision litigieuse rendue.

Tel que formulé, le grief développé par le recourant relève très majoritairement de l'appréciation des preuves plutôt que de la violation du droit d'être entendu et doit être examiné de ce point de vue. Quant au fait qu'il n'a pas eu connaissance du rapport du Dr G. _____ du 25 septembre 2017, il y a lieu de constater que ce médecin se limite à confirmer intégralement la teneur de son rapport du 13 février 2017 - dont le recourant a eu connaissance. Le recourant a pour le surplus eu l'occasion de s'exprimer largement devant l'autorité de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen, à l'occasion d'un double échange d'écritures. Ainsi même à admettre une violation du droit d'être entendu, celle-ci serait de peu d'importance et devrait être considérée comme réparée.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident

professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA).

L'assuré a droit 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).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 6a; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du

caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR 2ème éd. 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées; 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

5. a) 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). 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation 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).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence

permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176).

Pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine

représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25% au maximum sur le revenu statistique, TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3, ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3, ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

6. L'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1)

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils

aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

8. a) En l'espèce, la CNA a admis la prise en charge des suites de l'événement accidentel du 3 juillet 2014 jusqu'au 31 mars 2017 par le paiement des indemnités journalières, respectivement jusqu'au 31 août 2017 pour les contrôles médicaux et les médicaments.

Il est constant que l'activité habituelle de maçon de l'assuré n'est plus adaptée, ce qu'admettent tous les médecins, ainsi que l'intimée. Se pose dès lors la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant ne conteste en effet pas disposer d'une telle capacité de travail, mais soutient qu'il présente une baisse de rendement d'au moins 30%.

Le recourant a présenté dans les suites de l'accident du 3 juillet 2014 un syndrome douloureux régional complexe. Il a subi plusieurs opérations, dont une à la suite de l'infection de sa plaie. Celle-ci a toutefois été cicatrisée au début de l'année 2015, permettant son deuxième séjour à la CRR. A la suite de son troisième séjour à la CRR du 13 juillet au 10 août 2016, les médecins ont constaté que son état serait stabilisé à deux mois, ce qu'a confirmé le Dr G. _____ lors de son évaluation médicale de février 2017.

b) Le recourant fait grief à l'intimée de ne s'être fondée que sur l'appréciation du Dr G. _____ du 13 février 2017, sans procéder à des examens complémentaires, alors que ce rapport entre selon lui en contradiction avec les observations du Dr S. _____ des 3 octobre 2016, 1^{er} décembre 2016, 22 mai 2017 et 27 février 2017, selon lesquelles il a présenté une incapacité de travail totale entre le 1^{er} octobre 2016 et le 30 septembre 2017. Il reproche à cet égard à l'intimée de ne pas avoir mis en œuvre de nouvelles mesures d'instruction malgré ces contradictions.

Or on voit mal à quelles contradictions le recourant fait référence, sinon au fait que le Dr G. _____ a estimé que sa capacité de travail était entière à compter de février 2017, alors que le Dr S. _____ a estimé qu'elle l'était dès le mois d'octobre 2017 (cf. rapport du 24 octobre 2017). Les « rapports » dont se prévaut le recourant sont au demeurant des certificats d'incapacité de travail non motivés. Pour le surplus, il n'y a pas dans le rapport du 7 mai 2018 des Drs X. _____ et L. _____ d'éléments plaidant en faveur d'une péjoration de la situation depuis le rapport d'examen final du Dr G. _____ du 13 février 2017. Ces médecins posent le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche post-traumatique. Or ce diagnostic n'est pas nouveau, dans la mesure où les Drs X. _____ et L. _____ le posaient déjà dans leur rapport du 15 août 2017 au Dr S. _____, que le Dr G. _____ le retient dans son rapport du 13 février 2017, et qu'il est évoqué depuis le mois d'avril 2015 (cf. rapport du 29 mai 2015 des Drs W. _____ et D. _____, rapport du 22 février 2016 du Dr S. _____). Cela étant, dans leur rapport du 15 août 2017, les médecins du CHUV mettent surtout en avant la problématique sociale, dans la mesure où le recourant n'a plus les moyens de financer ses médicaments et n'a toujours pas de permis de travail. Ils relèvent que la situation clinique, quant à elle, s'améliore, une reprise dans l'ancienne activité n'étant cependant probablement pas envisageable, point qui n'est pas contesté par l'intimée.

Il est par ailleurs établi que la fracture est consolidée ; les médecins de la CRR l'évoquaient du reste dans leur rapport du 9 septembre 2016. Le Dr G. _____ l'a confirmé, sans être contredit, à la

suite de son examen du 13 février 2017. Ce dernier a par ailleurs procédé à une appréciation globale de la situation, en tenant compte des pièces au dossier, et en rapportant notamment les plaintes de l'assuré. Il est ainsi parvenu à la conclusion que ce dernier était en mesure d'exercer une activité dans une activité adaptée (activité sédentaire ou semi-sédentaire en évitant la position debout statique prolongée, les travaux accroupis ou à genoux, la marche en terrain irrégulier et le port de charge de plus de 15kg, de courts déplacements à plats étant possible).

Certes le Dr S. _____ a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, avec toutefois une baisse de rendement de 30 à 40%. Cependant, comme l'a relevé la Dresse Q. _____ dans son appréciation médicale du 12 janvier 2018, la diminution de rendement retenue par le Dr S. _____ est fondée sur les seuls dires de l'assuré, lequel avait rapporté à son médecin traitant des douleurs intolérables à la cheville lorsqu'il maintenait une position assise pendant plus de 20 minutes (rapport du 24 octobre 2017). Le Dr S. _____ n'évoque toutefois aucune donnée médicale objective à l'appui de ses observations, ni ne fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Les plaintes exprimées par le recourant contrastent par ailleurs avec celles rapportées aux Drs X. _____ et L. _____ lors de la consultation du 15 août 2017. Dans leur rapport daté du même jour, ces médecins renaient des plaintes très faibles en position assise (douleurs à 2-3/10) ainsi qu'une lente amélioration. Pour la Dresse Q. _____, le contexte actuel de la procédure de recours ainsi que les facteurs extra-médicaux évoqués tant par les Drs X. _____ et L. _____ que par les médecins de la CRR pouvaient expliquer une accentuation des plaintes de l'assuré lors de la consultation du 23 octobre 2017 auprès du Dr S. _____. Partant, c'est à juste titre que la CNA n'a pas retenu la baisse de rendement alléguée.

9. Dans un autre moyen, le recourant soutient qu'il souffre de troubles psychiques, lesquels seraient en lien avec l'accident, se référant à l'avis des Drs X. _____ et L. _____ du 15 août 2017, dont il ressort qu'il présente une kinésiophobie ainsi qu'une crainte que la plaie ne se rouvre, estimant là encore que l'instruction menée par l'intimée a été insuffisante.

Or l'évaluation psychiatrique réalisée lors du troisième séjour du recourant à la CRR n'a mis en évidence aucun diagnostic psychopathologique. D'ailleurs, aucun suivi psychologique n'a été prévu à la suite de ce séjour. On soulignera également que la kinésiophobie n'est pas une maladie psychiatrique (cf. rapport de la Dresse Q._____ du 12 janvier 2018), pas plus que le fait d'avoir « peur qu'une plaie se rouvre ». En pareilles circonstances, l'intimée n'avait à juste titre pas à instruire plus avant la problématique psychiatrique.

En tout état de cause, même à admettre que l'assuré présente une maladie psychiatrique, les critères retenus par la jurisprudence (cf. consid. 4 supra) pour établir un lien de causalité adéquate entre l'accident de 2014, lequel pourrait être qualifié tout au plus de gravité moyenne (s'agissant d'un saut mal réceptionné, depuis un chariot à moteur en marche), et les troubles psychiques allégués feraient défaut. Il est en effet rappelé que le seul événement traumatique ensuite de l'accident en question est la fracture du tibia et du péroné gauches. Une telle lésion physique ne relève manifestement pas d'une gravité suffisante, ni d'une nature particulière, propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles découlant des atteintes subies par le recourant à sa jambe gauche ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée, de sorte que le critère de degré et de durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas réalisé. Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement n'est à déplorer ni que le recourant a dû se soumettre à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible. Il a certes présenté une complication au cours de la guérison de ses fractures, sous la forme d'une infection à *Enterobacter Cloacae*, mais elle a toutefois pu être soignée sans difficulté particulière, par le retrait du matériel d'ostéosynthèse.

En présence d'un diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche, on peut par contre considérer que le critère de douleurs physiques persistantes est en l'espèce réalisé. Il convient néanmoins de relativiser l'importance des douleurs dans la

mesure où les affections somatiques de l'intéressé restent précisément compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps. Partant, au regard de l'ensemble des circonstances, seul un critère (la persistance des douleurs physiques) apparaît pouvoir être réalisé, de sorte que l'on ne saurait admettre, même à retenir un diagnostic d'ordre psychique, que l'accident du 3 juillet 2014 en serait la cause adéquate.

10. Le recourant ne conteste pas les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimée, sinon pour appliquer au revenu d'invalidité une réduction de 30% - laquelle, on l'a vu, n'a pas lieu d'être retenue (consid. 8b supra). Il apparaît néanmoins que les montants retenus dans le cadre de la décision sur opposition au titre de revenu d'invalidité (4'927 fr.) et de revenu sans invalidité (5'015 fr.) sont inversés par rapport à ceux figurant dans la décision du 18 juillet 2017. La comparaison entre ces deux revenus laissait alors apparaître une perte de gain de 1.75%. A l'examen des pièces au dossier, c'est cependant bien les montants résultant de la décision du 18 juillet 2017 qui sont corrects, à savoir un revenu d'invalidité de 5'015 fr. (revenu annuel de 60'189 fr. 20 selon DPT 2017) et un revenu sans invalidité de 4'927 francs (selon les instructions générales sur l'application des dispositions conventionnelles dans la maçonnerie et le génie civil, valables dans le canton de Vaud en 2017). Le revenu d'invalidité étant supérieur à celui présumable sans invalidité, la perte de gain est nulle. En tout état de cause, que l'invalidité soit nulle ou de 1.75%, elle n'ouvre pas le droit à une rente (art. 18 LAI).

Pour le surplus, la question de l'octroi d'une IPAI n'a pas à être examinée, faute pour cette conclusion d'être recevable (cf. consid. 2b supra).

11. Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que,

procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011).

12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Par décision du 31 octobre 2017, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 octobre 2017 et désigné Me Valentin Aebischer en qualité d'avocat d'office (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant était exonéré du paiement de toute franchise mensuelle.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

Le 20 juin 2018, Me Aebischer a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Il a annoncé un total de 12 heures et 6 minutes. Quant au montant des débours facturés, il s'élevait à 114 fr.50. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte que son indemnité doit être arrêtée à 2'477 francs (débours par 114 fr. 50 et TVA par 181 fr. 90 compris), compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté (art. 2 al. 1 let. a RAJ).

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

c) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition du 27 septembre 2017 rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. L'indemnité d'office de Me Valentin Aebischer est arrêtée à 2'477 fr. 40 (deux mille quatre cent septante-sept francs et quarante centimes), débours et TVA compris.

- V. P._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire, est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

- VI. Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Valentin Aebischer, avocat à Fribourg (pour P._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :