

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juillet 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

H. _____, domicilié à [...], p.a [...], recourant,

et

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

Art. 3 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait en tant que chauffeur pour la société N._____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 octobre 2020, N._____ SA a annoncé à la CNA que l'assuré avait glissé sur du verre, le jour précédent, qu'il s'était rattrapé sur la jambe droite ce qui avait fait claquer son genou.

L'assuré a consulté le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a attesté une incapacité de travail totale du jour de l'accident au 31 octobre 2020.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 8 octobre 2020 a mis en évidence un important épanchement intra-articulaire en partie cloisonné, un aspect épaissi de la plastie du LCA [ligament croisé antérieur] suggérant un possible status post distorsion sans signe de rupture complète et une gonarthrose fémoro tibiale interne avec possible ancienne résection partielle du ménisque.

Dans un rapport du 9 octobre 2020, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lésion en anse de seau du ménisque externe du genou droit datant du 6 octobre 2020. Vu le type de lésion, une arthroscopie avec suture ou résection devrait être pratiquée.

Lors d'un entretien téléphonique du 12 octobre 2020, l'assuré a expliqué à un collaborateur de la CNA qu'il se trouvait encore en arrêt de travail à 50 % à la suite d'un précédent accident survenu en juillet 2020 lorsque l'événement litigieux est survenu. Il a ajouté qu'il y a plus de trente ans, il s'était blessé au LCA et qu'il s'était pleinement remis depuis.

L'assuré a consulté le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 9 novembre 2020, le Dr J._____ a notamment posé les diagnostics de lésion du ménisque externe du genou droit que l'IRM du 8 octobre 2020 avait mis en évidence, ainsi que de status post testing du genou sous anesthésie générale et arthroscopie du genou, ménisectomies partielles interne et externe, toilette cartilagineuse multifocale, ablation du plica et drain le 31 mars 2015. Le médecin a expliqué en détail à l'assuré la prise en charge chirurgicale par arthroscopie envisagée et l'éventuelle suture du ménisque externe à réaliser.

Sollicitée pour avis, la Dre P._____, médecin d'arrondissement à la CNA et spécialiste en médecine intensive et médecine interne générale, a considéré que les atteintes qui seraient l'objet de l'intervention chirurgicale à venir n'étaient pas dues à l'accident, au vu des lésions dégénératives mises en évidence par l'IRM. L'accident du 6 octobre 2020 avait aggravé de manière transitoire un état préexistant. La prise en charge des conséquences de l'accident pouvait être acceptée pour une durée de trois mois, soit jusqu'au 2 janvier 2021. Au-delà de cette date, les séquelles consécutives à l'accident ne jouaient plus de rôle au niveau du tableau clinique (avis du 10 novembre 2020).

Le 13 novembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de son accident du 6 octobre 2020, sous l'angle d'une aggravation passagère d'un état antérieur, ainsi que l'intervention prévue le 19 novembre 2020.

Le 19 novembre 2020, le Dr J._____ a réalisé une arthroscopie du genou droit, notch plastie, une chondroplastie fémoropatellaire et interne micro-fractures plateau tibial interne, une ménisectomie interne partielle avec réduction du ménisque externe luxé et une suture (cf. protocole opératoire). Une mobilisation de l'articulation à l'aide d'une attelle articulée était prévue durant six semaines après l'opération.

Par courrier du 9 décembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait clore le cas au 8 janvier 2021 et mettre fin aux prestations d'assurance à cette date. Selon son service médical, l'opération du 19 novembre 2020 ne portait pas sur les séquelles de l'accident. La CNA l'avait néanmoins prise en charge. Conformément à l'appréciation médicale du 10 novembre 2020 de son médecin d'arrondissement, il y avait lieu de considérer que douze semaines au plus tard après l'évènement, les troubles présentés n'étaient plus en rapport avec celui-ci.

Par courrier du 17 décembre 2020, l'assuré a contesté la fin du droit aux prestations, en se référant à un rapport établi le 14 décembre 2020 par le Dr J._____. Dans ce rapport, le médecin a posé les diagnostics de lésion du ménisque externe qui était luxé en anse-de-seau, de chondropathie de stade IV sur le bord médial du plateau tibial interne sur un diamètre de 0,7 mm, de chondropathie patellaire et trochlée Outerbridge II à III, de conflit de plastie LCA dans le notch du genou gauche. Il a indiqué avoir vu l'assuré la première fois à sa consultation du 9 novembre 2020 pour les suites du traumatisme de son genou subi le 6 octobre précédent. Lors de son examen, il avait noté une mobilité limitée du genou et des douleurs nettes de l'interligne interne. Les images de l'IRM du genou du 8 octobre 2020 montraient clairement une lésion du ménisque externe tout à fait compatible avec les observations faites lors de l'examen clinique, raison pour laquelle il avait demandé au radiologue de revoir les images et son rapport. Par la suite, l'intervention chirurgicale avait confirmé la lésion en anse-de-seau du ménisque externe. Il existait certes des lésions dégénératives préexistantes à l'évènement du 6 octobre 2020, mais contrairement à ce qui était mentionné dans le courrier de la CNA du 9 décembre 2020, c'était bien la lésion méniscale en anse-de-seau post-traumatique, responsable du déficit de mobilité et des douleurs de l'assuré, qui avait rendu nécessaire une intervention par arthroscopie pour la suture de ce ménisque, ceci même si durant cette intervention un geste avait également été effectué sur le cartilage.

Sollicitée pour avis, la Dre P._____ a constaté que l'évènement du 6 octobre 2020 avait transitoirement aggravé une atteinte

préexistante. L'assuré avait eu une arthroplastie en 2015, non prise en charge par la CNA. Cette plastie avait certainement favorisé l'apparition précoce d'une arthrose actuellement sévère du genou droit, confirmée par le Dr J._____ dans son rapport du 14 décembre 2020. Au vu d'une intervention précoce (un mois post-événement), elle a considéré que la CNA pouvait accepter une prise en charge pour un mois supplémentaire, soit jusqu'au 2 février 2021. Il n'y avait pas lieu de prolonger cette prise en charge au-delà de cette date en raison d'une composante dégénérative marquée (avis du 29 décembre 2020). Après avoir reçu les images arthroscopiques du ménisque de la part de Dr J._____, la Dre P._____ a constaté que ces clichés confirmaient la présence d'une anse-de-seau et de troubles dégénératifs majeurs. Ses précédentes conclusions n'étaient donc pas modifiées (avis du 6 janvier 2021).

La CNA a rendu une décision le 8 janvier 2021, aux termes de laquelle elle a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 2 février 2021. Se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, la CNA a accepté une prise en charge du cas de l'assuré durant un mois supplémentaire. L'état de santé, tel qu'il aurait été sans l'accident du 6 octobre 2020, pouvait être considéré comme atteint le 2 février 2021, au plus tard.

L'assuré s'est opposé à la décision qui précède, par courrier du 9 janvier 2021, au motif que son problème au genou était dû à sa glissade du 6 octobre 2020. Il a en outre contesté avoir été opéré en 2015 de son genou droit.

Par courriel du 18 janvier 2021, la CNA a expliqué à l'assuré que le rapport du 9 novembre 2020 du Dr J._____ mentionnait qu'il avait subi une arthroscopie avec ménisectomies partielles interne et externe le 31 mars 2015.

Par courriel du 19 janvier 2021, le Dr J._____ a précisé à la CNA que l'assuré avait été opéré, en 2015, de son genou gauche et non de son genou droit. Il a joint une copie de son rapport du 9 novembre 2020

corrigé de telle manière que la mention gauche avait été ajoutée au diagnostic de status post testing du genou. Le Dr J. _____ a également communiqué une copie du protocole opératoire du 31 mars 2015.

Le 25 janvier 2021, le Dr J. _____ a fait savoir à la CNA qu'il existait effectivement un status post plastie du LCA droit qui avait probablement eu lieu dans les années 1980. Il a adressé une copie du protocole opératoire du 19 novembre 2020 corrigé en ce sens.

Dans une appréciation du 25 janvier 2021, la Dre P. _____ a constaté que c'était effectivement la lésion en anse de seau qui avait justifié l'intervention chirurgicale du 19 novembre 2020, raison pour laquelle la CNA avait accepté de prendre en charge cette intervention ainsi qu'une période post-opératoire de trois mois. Cette atteinte s'inscrivait toutefois dans un contexte dégénératif majeur. Il était attesté radiologiquement et chirurgicalement qu'une prise en charge du genou droit avec plastie du LCA avait été effectuée par le passé. Ce type d'intervention, qu'elle ait eu lieu en 2015 ou dans les années 1980, favorise l'apparition d'une gonarthrose, qui était avérée chez l'assuré. Au vu de l'importante composante dégénérative attestée par le Dr J. _____ et les images arthroscopiques, si des douleurs devaient persister, l'anse de seau étant traitée, les douleurs seraient vraisemblablement secondaires aux lésions dégénératives, elles-mêmes aggravées par l'ancienne intervention de plastie du LCA. Dans la mesure où cette ancienne intervention n'était pas de la responsabilité de la CNA, ses suites ne pouvaient être acceptées.

Par décision sur opposition du 17 février 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a relevé qu'il s'agissait d'une question essentiellement médicale et, qu'en l'absence d'élément contraire au dossier, il y avait lieu de suivre l'appréciation de son médecin d'arrondissement qui était pleinement probante.

B. Par acte du 21 février 2021 (timbre postal), H. _____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal à l'encontre de cette décision sur opposition, concluant à la poursuite de la prise en charge des suites de son accident par l'intimée jusqu'au complet rétablissement de son genou. Il a indiqué que depuis l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr J._____, il était actuellement en bonne voie de guérison et faisait de la physiothérapie toutes les semaines. Il a ajouté qu'il n'avait plus subi d'intervention depuis plus de 30 ans, contrairement à ce qu'affirmait la CNA. Il a ajouté qu'il réalisait des travaux physiques depuis plus de 40 ans, dans différents domaines.

Par réponse du 25 mars 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et a renvoyé pour le surplus à la décision sur opposition litigieuse. Elle a ajouté que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau.

Par courrier du 29 mai 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 2 février 2021 des suites de l'accident du 6 octobre 2020.

3. 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.

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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de

probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).]

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats

convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, la CNA a mis fin à ses prestations au 2 février 2021 en se fondant sur les appréciations de la Dre P._____.

b) La Dre P._____ a constaté que l'assuré avait précédemment subi une arthroplastie du LCA de genou droit et que ce type d'atteinte favorisait l'apparition d'une arthrose précoce. Elle a observé que l'intéressé présentait une telle arthrose au genou droit, qualifiée de sévère et qui était présente avant son accident du 6 octobre 2020. Cet accident avait occasionné une lésion en anse de seau, atteinte qui avait justifié l'intervention chirurgicale du 19 novembre 2020 que la CNA a pris en charge. Au vu de ces éléments, la Dre P._____ a considéré que l'accident litigieux avait aggravé de manière transitoire une atteinte préexistante. Aussi, elle a considéré que la prise en charge des séquelles dues au seul accident du 6 octobre 2020 devait s'étendre jusqu'au 2 février 2021. Au-delà de cette date, les atteintes encore présentées par

l'assuré n'étaient plus dues à l'accident litigieux, mais aux lésions dégénératives préexistantes.

Les pièces au dossier confirment les constatations de la Dre P._____. Le recourant lui-même a affirmé qu'il s'était blessé au LCA il y a plusieurs années et qu'il s'était complètement remis (cf. entretien téléphonique du 12 octobre 2020). Cette ancienne lésion a également été mise en évidence par l'IRM du genou droit du 8 octobre 2020, à savoir un aspect épaissi de la plastie du LCA suggérant un possible status post distorsion sans signe de rupture complète. Le Dr J._____ a d'ailleurs confirmé un status post plastie LCA, dans son courrier du 25 janvier 2021. En outre, tant l'IRM du 8 octobre 2020 que les images arthroscopiques transmises par le Dr J._____ à la CNA ont révélé des lésions dégénératives au genou droit, préexistantes à l'accident litigieux. Le Dr J._____ confirme également la présence de ces lésions dégénératives préexistantes, évoquant une chondropathie patellaire ainsi que sur le bord médial du plateau tibial interne (cf. protocole opératoire du 19 novembre 2020 et rapport du 14 décembre 2020). Enfin, en acceptant de prendre en charge l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr J._____ ainsi qu'une période post-opératoire de trois mois, la CNA a versé ses prestations pendant une période plus étendue que les six semaines de convalescence indiquées par le Dr J._____ dans le protocole opératoire du 19 novembre 2020.

Le recourant conteste pour sa part l'appréciation médicale qu'a faite la Dre P._____ et sur laquelle la CNA a fondé sa décision. Toutefois, le simple fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance de l'accident et aient subsisté après le 2 février 2021 ne suffit pas à établir un lien de causalité entre les troubles et l'accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; cf. consid. 3b ci-dessus). L'assuré ne produit au demeurant aucun rapport médical pour étayer sa position, laquelle ne peut donc être suivie.

Vu ce qui précède, en l'absence de toute appréciation médicale contraire au dossier, une pleine valeur probante peut être

conférée à l'appréciation médicale de la Dre P._____. L'accident du 6 octobre 2020 a aggravé de manière transitoire un état dégénératif préexistant ; les seules conséquences de l'accident ont cessé quatre mois après celui-ci, de sorte que les troubles qui subsistent au-delà ne sont plus dus à l'accident mais à l'état dégénératif préexistant. La CNA pouvait en conséquence valablement mettre fin aux prestations d'assurance avec effet au 2 février 2021.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 17 février 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- H. _____ (domicilié à [...], p.a [...]),
- 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 :