

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2025

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Fanette Sardet, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé par la société V. _____ SA pour travailler du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021 en qualité de « Collaborateur Production » à temps plein. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 décembre 2020, l'assuré, alors qu'il sortait d'une caisse mobile sur son lieu de travail, a été heurté au niveau de la tempe droite par l'arceau d'un chariot élévateur qui passait au même moment. L'assuré a chuté et a vu son pied droit se faire écraser par l'une des roues de ce même chariot (cf. déclaration d'accident du 3 décembre 2020 et renseignements fournis par l'assuré le 16 mars 2021).

Il s'est immédiatement rendu aux urgences des [...], où une probable entorse de Lisfranc et une plaie au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire ont été diagnostiqués (cf. rapport du 3 décembre 2020 de la Dre X. _____).

La CNA a pris en charge le cas.

L'assuré se plaignant de céphalées, une IRM (imagerie par résonance magnétique) du cerveau a été réalisée le 14 décembre 2020, laquelle a mis en évidence une anomalie veineuse développementale (DVA) frontale postérieure, sans autre anomalie associée, en particulier pas de cavernome visible (rapport du 14 décembre 2020 des Drs I. _____, spécialiste en radiologie, et R. _____).

Une IRM du pied droit réalisée le 15 décembre 2020 a mis en évidence l'existence de signes en faveur d'une entorse grave du Lisfranc avec fracture métaphysaire proximale de MT2 et une contusion osseuse

des rayons 3-4-5 (cf. rapport du 15 décembre 2020 des Drs F._____, spécialiste en radiologie, et R._____.).

Compte tenu des cervicalgies persistantes dont se plaignait l'assuré, des radiographies de la colonne cervicale ont été effectuées le 5 février 2021, lesquelles se sont avérées être dans les limites de la norme (cf. rapport du 5 février 2021 de la Dre J._____, spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 23 février 2021, la Dre E._____, spécialiste en anesthésiologie, a posé le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du membre inférieur droit post-traumatique par accident entraînant une fracture M2 et une entorse sévère de Lisfranc, datant de moins de six mois. Elle a précisé que l'assuré se plaignait également, au second plan, de cervicalgies à gauche, présentes depuis l'accident, avec des irradiations au niveau du vertex ainsi que de douleurs mandibulaires. Il présentait également une clinique de stress post-traumatique ainsi que des symptômes compatibles avec une dépression.

L'assuré a séjourné à la [...] ([...]) du 30 mars au 11 mai 2021. Selon le rapport du 27 mai 2021, établi à l'issue du séjour, les Dres L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et C._____ ont posé les diagnostics principaux d'entorse grave de Lisfranc avec fracture métaphysaire proximale de MT2 et contusion osseuse des rayons 3-4-5, de contusion faciale droite, de syndrome douloureux régional complexe de type I du pied droit et de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, ainsi que celui, secondaire, d'anomalies veineuses développementales frontale postérieure paramédiane gauche. La situation n'était pas stabilisée sur le plan médical et des aptitudes fonctionnelles et la poursuite du traitement physiothérapeutique, ergothérapeutique et psychothérapeutique était préconisée. Le port de charges de plus de 5 kg et la marche sans moyen auxiliaire ont été retenus à titre de limitations fonctionnelles provisoires.

Dans un rapport du 14 décembre 2021, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'évolution au niveau du pied droit était extrêmement lente, avec la persistance de douleurs à la face d'appui, précisant que d'un point de vue orthopédique, il n'y avait pas de suite chirurgicale.

Selon un rapport du 28 janvier 2022 de la Dre O._____, médecin traitante de l'assuré, la fracture était consolidée à l'imagerie. S'agissant de l'algoneurodystrophie, le pronostic à long terme était incertain et il persisterait sans doute des séquelles. Une amélioration de la mobilité du rachis cervical était également relevée et la poursuite des séances de physiothérapie était préconisée. Concernant les troubles psychiques, il persistait une humeur dépressive importante avec des ruminations et parfois des idées suicidaires. Un suivi psychiatrique était en cours et était encore nécessaire durant plusieurs mois.

Dans un rapport du 23 juin 2022 à la CNA, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation et réaction dépressive prolongée (F43.21). Le Dr Z._____ a toutefois relevé certaines incohérences, tant sur le plan physique que psychique. Le pronostic était défavorable et des réserves étaient émises sur la possibilité d'une reprise du travail.

Dans l'intervalle, à la demande du médecin d'arrondissement, l'assuré a séjourné une nouvelle fois à la [...] du 7 au 28 juin 2022, notamment en vue d'évaluer ses capacités fonctionnelles et d'établir un profil d'exigibilité. Selon le rapport du 26 juillet 2022 des Drs M._____ et D._____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, et B._____, établi à l'issue du séjour, le syndrome douloureux régional complexe était en cours d'amélioration. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive et symptôme de type trouble de stress post-traumatique (F43.28) était retenu tandis que sur le plan neurologique, une céphalée cervicogénique était évoquée. Ils ont estimé que la situation n'était pas stabilisée du point

de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une stabilisation étant attendue dans un délai de deux à trois mois, sous réserve des résultats de l'IRM cervicale qu'ils préconisaient pour déterminer l'étiologie des cervicalgies. Aucune intervention n'était proposée au niveau du pied droit. Ils ont estimé qu'à ce stade, l'assuré était théoriquement en mesure d'effectuer une activité légère et sédentaire, principalement en position assise.

Selon un rapport du 23 août 2022 du Dr N._____, spécialiste en radiologie, l'IRM cervicale effectuée la veille était sans anomalie notable ; seule une minime protrusion discale postérieure C4-C5 et C5-C6, sans sténose canalaire ou foraminale était visible.

Le 12 septembre 2022, le Dr M._____ a, en complément du rapport du 26 juillet 2022, précisé qu'une activité alternant la position assis-debout était exigible à plein temps de la part de l'assuré, sous réserve d'une perte de rendement de 10 % en raison d'un besoin accru de pauses en lien avec les douleurs au pied droit. En revanche, une activité debout statique ou nécessitant de la marche ou le port de charge de plus de 5 kg n'était pas exigible.

Dans son appréciation médicale du 30 septembre 2022, le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que seules les atteintes au niveau du pied droit étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 décembre 2020, à l'exclusion des plaintes au niveau du rachis cervical et des troubles cérébraux. Des séances de physiothérapie et d'ergothérapie, durant un ou deux ans, seraient nécessaires pour améliorer la symptomatologie douloureuse de l'assuré. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manutentionnaire était nulle, mais qu'il pouvait effectuer une activité légère et sédentaire, principalement en position assise. Par avis séparé du même jour, le Dr H._____ a considéré que l'assuré devait, compte tenu de ses atteintes au pied droit, bénéficier d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

Le Dr H. _____ ayant considéré, dans un nouvel avis du 21 octobre 2022, que l'état de santé de l'assuré au niveau de son pied droit était probablement stabilisé, la CNA a, par courrier du même jour, informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2022.

Par décision du 4 novembre 2022, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, faute de manque à gagner résultant du calcul de comparaison des revenus. Elle a précisé que les troubles psychogènes, ainsi que les troubles de la colonne cervicale et cérébraux n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 2 décembre 2020, si bien qu'il était justifié de mettre fin aux prestations d'assurance avec effet au 30 novembre 2022. Elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

A la suite de l'opposition de l'assuré, la CNA, par courrier du 3 avril 2023, l'a informé qu'elle annulait la décision du 4 novembre 2022. Elle estimait, après un nouvel examen, que l'état médical final n'était pas atteint au 30 novembre 2022.

Amenée à se prononcer sur la présence d'une affection neurologique, la Dre G. _____, médecin d'arrondissement, a, dans une appréciation médicale du 2 juin 2023, indiqué qu'aucune atteinte neurologique objectivable ne ressortait du dossier ; aucune investigation supplémentaire n'était dès lors nécessaire à ce titre et le *statu quo ante* était fixé à six semaines après l'accident. Par ailleurs, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était indiquée pour les troubles à la colonne cervicale.

Le 16 juin 2023, l'assuré a été examiné une nouvelle fois par le Dr H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a considéré que deux ans après l'accident, l'état de santé au niveau du pied droit pouvait être considéré comme stabilisé. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était entière, sans limitation de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges

régulier de plus de 5 kg, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position accroupie, pas de réalisation répétée d'escaliers et pas de tâches nécessitant un bon équilibre), par exemple dans une activité légère et sédentaire exercée principalement en position assise.

Par courrier informel du 6 juillet 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait cesser la prise en charge des frais de traitement avec effet au 31 juillet 2023, au motif qu'aucun traitement n'était susceptible d'améliorer la situation au niveau de son pied droit. Elle allait toutefois prendre en charge le traitement physiothérapeutique et ergothérapeutique jusqu'au 31 décembre 2024.

Le 29 août 2023, l'assuré, représenté par Me Fanette Sardet, a contesté la teneur du courrier 6 juillet 2023, estimant que le versement des indemnités journalières devait se poursuivre dans l'attente du résultat de l'instruction complémentaire qu'il sollicitait, et que l'interruption de la mesure de réinsertion, dont il bénéficiait (cf. communications des 28 février et 12 mai 2023 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [OAI]) sous l'égide de l'OAI, était la preuve qu'il ne pouvait travailler dans aucune activité.

Par décision du 1^{er} septembre 2023, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif que, selon le calcul de comparaison des revenus, il ne subissait aucun manque à gagner. Elle a précisé qu'aucune lésion neurologique ne résultait de l'accident et que les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident litigieux. Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire à celle déjà versée le 4 novembre 2022 n'était octroyée.

Par pli du 5 octobre 2023, l'assuré a fait opposition à l'encontre de cette décision. En substance, il faisait valoir qu'il était prématuré de se prononcer sur le droit à la rente d'invalidité. L'instruction médicale diligentée par la CNA était lacunaire, celle-ci ne tenant compte, ni des motifs ayant conduit à l'interruption de la mesure de réadaptation

de l'OAI ni des troubles à la colonne cervicale, cérébraux et psychiques. Quoi qu'en dise la CNA, ces derniers étaient en lien de causalité adéquate avec l'accident litigieux. De son point de vue, une expertise pluridisciplinaire indépendante devait être mise en œuvre s'agissant de la stabilisation de son état de santé et de sa capacité de travail dans une activité adaptée, notamment en lien avec ses troubles psychogènes et ses troubles à la colonne cervicale et cérébraux, ainsi que de l'atteinte à l'intégrité supplémentaire résultant de ces troubles. L'assuré contestait, à titre subsidiaire, le calcul de son degré d'invalidité et estimait qu'une rente entière devait lui être octroyée. En particulier, son revenu d'invalidité devait être fixé à 0 fr. et, quel que soit le montant retenu à l'issue de toutes les investigations médicales, un abattement de 25 % devait être retenu.

Par décision sur opposition du 18 janvier 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. En substance, elle estimait que le dossier avait été instruit à suffisance et qu'il n'était donc pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise indépendante. S'agissant du lien de causalité adéquate entre l'accident litigieux - qu'il convenait de qualifier de gravité moyenne *stricto sensu* - et les troubles psychiques, il devait être nié, faute pour l'assuré de remplir suffisamment de critères jurisprudentiels. Quant à la question de la rente d'invalidité, la CNA confirmait l'absence d'incapacité de gain résultant de la comparaison des revenus. En particulier, c'était à juste titre qu'elle s'était fondée sur les salaires statistiques pour déterminer à la fois le revenu de valide - étant donné l'absence de contrat de durée indéterminée ou d'indices permettant d'admettre que l'assuré aurait bénéficié d'un tel contrat sans la survenance de son accident - que celui d'invalidité - l'assuré ne mettant pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail telle que déterminée par le Dr H. _____ -, étant précisé que la prise en compte d'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité était suffisant. Pour ce qui était de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré n'avait aucun motif qui justifiait de s'écarter de l'appréciation du 30 septembre 2022 du Dr H. _____ fixant dite indemnité à 20 %.

B. Par acte du 19 février 2024, U._____, sous la plume de sa mandataire, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 18 janvier 2024 de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants, subsidiairement, après mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit allouée à compter du 4 septembre 2023, respectivement au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire dont la quotité sera fixé à dire d'expert. En substance, l'assuré reprochait à la CNA d'avoir failli à son devoir d'instruction en fondant sa décision exclusivement sur l'appréciation de ses médecins internes et en n'investiguant pas, notamment par le biais d'une expertise, plus avant la question du traumatisme crânio-cérébral - dont il présentait pourtant, au vu des éléments au dossier, tous les symptômes dès les premiers jours suivant l'accident, et celle de ses troubles psychiques. Le fait qu'il ait été contraint d'interrompre prématurément la mesure de réinsertion de l'OAI était la preuve que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, ce qui contredisait les conclusions du médecin d'arrondissement. En outre, c'était à tort que la CNA avait nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident litigieux - qu'il convenait de qualifier de gravité moyenne, à la limite du cas grave - et ses atteintes psychiques. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire tenant compte de son traumatisme crânio-cérébral et de ses atteintes psychiques devait être accordée.

Par réponse du 3 avril 2024, la CNA a conclu au rejet du recours, renvoyant aux motifs contenus dans la décision sur opposition querellée.

Par ordonnance du 8 octobre 2024, le juge instructeur a requis la production du dossier de l'assuré auprès de l'OAI.

L'OAI a produit son dossier le 16 octobre 2024.

Par la suite, un rapport d'expertise multidisciplinaire (avec volets neurologique, rhumatologique, psychiatrique et médecine interne), réalisée par les Drs A._____, spécialiste en neurologie, T._____, spécialiste en rhumatologie, P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, spécialiste en médecine interne générale et pharmacologie et toxicologie cliniques, a été versé le 22 octobre 2024 au dossier de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de céphalée chronique psychogène avec composante médicamenteuse non exclue (G44.4), de douleurs cervicales sur discopathies avec névralgie d'Arnold à gauche (M54.2), d'algodystrophie du pied droit post-traumatique (M89.0), d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique comme évolution défavorable d'un trouble de l'adaptation (F32.2), de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de probabilité pré-test présente de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (G47.31), d'excès pondéral (E66.93), de tabagisme (Z71) et d'autres réactions à un facteur de stress sévère (F43.8). Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 2 décembre 2020, tandis qu'elle était de 45 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg ou de port de charge au-delà de 5 kg, alternance régulière de position assise et debout, pas de marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de position tête penchée en avant prolongée, fatigue diurne, difficultés à se concentrer ainsi qu'épuisement), précisant que la situation devra être réévaluée dans un an, compte tenu des éléments de bon pronostic existant après adaptation du traitement.

Par déterminations du 15 novembre 2024, la CNA a derechef conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise confirmait en tout point les évaluations médicales des médecins d'arrondissement s'agissant des seuls troubles en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 2 décembre 2020. L'absence de substrat organique au niveau cervical et cérébral était confirmée par l'expert neurologue ; la capacité de travail de

45 % retenue par cet expert était justifiée par un diagnostic sans lien avec l'accident. S'agissant de l'atteinte au pied droit, l'appréciation des experts interniste, rhumatologue et neurologue concernant la stabilisation, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité confirmait celle du Dr H._____.

Dans ses déterminations du 18 novembre 2024, l'assuré a indiqué qu'il contestait les conclusions de l'expertise, celles-ci étant contraire à la réalité. Dans les faits, il était incapable de travailler, même dans une activité adaptée simple, et une reprise d'activité, de quelque nature que ce soit, aurait pour effet de péjorer son état de santé.

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 a pour objet principal la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

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.

Selon 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.

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, ici applicable).

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - 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_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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 (art. 19 al. 1 LAA).

4. a) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). 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 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 citées).

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 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident ou de troubles qui ne sont pas objectivables du point de vue organique, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_867/2015 du 20 avril 2016 consid. 4.2 ; TF 8C_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1), 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 cranio-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 ; 115 V 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 cranio-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 no U 412 p. 79 ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 ; TF 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

5. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) 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 les références citées ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. **a)** En l'espèce, le recourant a été victime le 2 décembre 2020 d'un accident sur son lieu de travail - il s'est fait écraser le pied droit par un élévateur et a vu sa tempe droite être heurtée par un arceau de celui-ci - qui a causé une entorse du Lisfranc (avec une fracture métaphysaire proximale du second métatarsien et une contusion osseuse des rayons 3-4-5) et une plaie au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire (cf. notamment rapports du 15 décembre 2020 [IRM du pied droit] des Drs F._____ et R._____ ; du 10 février 2021 de la Dre X._____).

b) Sur le plan orthopédique, la situation a évolué défavorablement avec, notamment, l'apparition d'un syndrome douloureux régional complexe. Il n'est pas contesté que le recourant présente des séquelles permanentes et qu'il n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de manutentionnaire. Les différents médecins consultés (rapports du 16 juin 2023 du Dr H._____ ; du Dr T._____ [expertise [...] du 22 octobre 2024]) s'accordent néanmoins à retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges régulier de plus de 5 kg ; pas de marche prolongée ; pas de marche en terrain irrégulier ; pas de position accroupie ; pas de réalisation répétée d'escaliers ; pas de tâches nécessitant un bon équilibre).

c) Dans les suites de son accident, le recourant a également très rapidement présenté des symptômes propres au tableau clinique typique d'un syndrome post-commotionnel avec, entre autres, des céphalées, des vertiges et des nausées (voir, à ce propos, le rapport du 10 décembre 2020 du Dr Q._____), ainsi que des douleurs cervicales (cf. rapport du 23 février 2021 de la Dre E._____). Si les symptômes post-commotionnels semblent s'être pour l'essentiel amendés, les céphalées et les douleurs cervicales ont perduré. Les examens radiographiques mis en œuvre afin de déterminer l'origine des douleurs n'ont pas permis d'établir un substrat organique aux plaintes (rapports du 14 décembre 2020 des

Drs I._____ et R._____ [IRM du cerveau] ; du 5 février 2021 de la Dre J._____ [radiographies de la colonne cervicale {face/profil/transbuccale/2 obliques}]; du 23 août 2022 du Dr N._____ [IRM de la colonne cervicale]). Les différents neurologues qui se sont exprimés sur la situation du recourant ont estimé que la symptomatologie n'avait, en l'absence de traumatisme direct avéré, aucune cause organique (rapports du 2 juin 2023 de la Dre G._____ et du Dr A._____ [expertise [...] du 22 octobre 2024]).

d) Sur les différentes atteintes précitées est venu se greffer un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive et symptômes propres à un syndrome de stress post-traumatique (rapports du 10 février 2021 de la Dre O._____ ; du 27 mai 2021 de la [...] et du 23 juin 2022 du Dr Z._____).

e) En l'absence d'éléments objectifs permettant d'expliquer autrement l'origine de la symptomatologie actuelle, il n'y a pas lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre, d'une part, les troubles sans substrat organique et les troubles psychiques post-traumatiques dont souffre le recourant et, d'autre part, l'événement accidentel du 2 décembre 2020. Dans la mesure où le recourant a développé de manière précoce, en parallèle des céphalées et des douleurs cervicales, des problèmes d'ordre psychique, qui constituent une atteinte à la santé distincte indépendante du traumatisme initial, il convient d'appliquer les critères en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5).

f) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, puisque celle-ci apparaît superflue.

7. Le caractère adéquat du lien de causalité entre la symptomatologie présentée par le recourant et l'accident du 2 décembre

2020 doit être examiné à la lumière des critères jurisprudentiels posés aux ATF 115 V 133 et 403.

a) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer 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, 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. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore 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 (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1). 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_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave.

S'agissant d'un accident de gravité moyenne, il convient encore d'évaluer si d'autres circonstances objectives lui sont directement liées ou apparaissent comme des conséquences directes ou indirectes de celui-ci. De telles circonstances sont en effet elles-mêmes susceptibles, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, d'entraîner ou d'aggraver une incapacité de gain d'origine psychique en relation avec l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Ainsi, la

jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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 ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

b) Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3 et la référence citée). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb).

c) En l'occurrence, l'accident du 2 décembre 2020 doit, compte tenu de son déroulement, être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*. En effet, alors que le recourant sortait d'une caisse mobile sur son lieu de travail, un collègue est venu le heurter au niveau de l'articulation

temporo-mandibulaire droite, ce qui a entraîné sa chute. Malgré sa tentative de freiner l'engin, le collègue a ensuite écrasé le pied droit du recourant avec l'une des roues. Si le choc a été violent et inattendu, il n'a pas entraîné de lésions traumatiques qui ont nécessité une prise en charge médicale immédiate, ni de perte de connaissance. En outre, le choc au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire n'a pas causé de fracture (cf. rapport du 10 décembre 2020 du Dr Q._____) mais uniquement une plaie avec une dermabrasion (cf. en particulier le rapport du 3 décembre 2020 de la Dre X._____).

d) Reste à examiner si le recourant remplit suffisamment de critères posés par la jurisprudence pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis.

aa) S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce critère repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_600/2020 précité consid. 4.2.3 et la référence citée).

En l'occurrence, ce critère n'est pas réalisé. Si l'accident peut, de prime abord, sembler spectaculaire – le recourant a été heurté par un chariot élévateur de 2,5 tonnes, avant de voir son pied droit écrasé par l'une des roues de celui-ci –, il n'y a pas lieu d'admettre qu'il revêt un caractère particulièrement impressionnant et qu'il s'est déroulé dans des circonstances dramatiques. Au contraire, il s'est déroulé dans des

circonstances assez banales dans un lieu de travail où les activités humaines se mêlent aux déplacements d'engins. L'accident s'est de surcroît déroulé à une vitesse limitée, le recourant n'ayant d'ailleurs subi, hormis la fracture métaphysaire proximale du second métatarsien et une contusion osseuse des rayons 3-4-5 du pied droit, qu'une plaie au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire.

bb) Pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; cf. TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références citées).

En l'occurrence, le recourant a été victime d'une atteinte à l'avant-pied droit, atteinte ne présentant pas une nature particulière et qui ne saurait être qualifiée objectivement de grave. Le seul fait que l'intéressé soit entravé par des limitations fonctionnelles - qui ne l'empêchent au demeurant pas d'être en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein sans diminution de rendement (cf. *supra* consid. 6b) - ne permet pas de retenir ce critère.

cc) En ce qui concerne le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; il faut également prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1 et les références citées).

En l'occurrence, le recourant n'a subi aucune intervention chirurgicale, singulièrement aucune prise en charge médicale de longue durée en milieu hospitalier. Le traitement médical appliqué au recourant a consisté uniquement en des mesures conservatrices (immobilisation par plâtre, utilisation de cannes anglaises, chaussures orthopédiques, médicaments, séances de physiothérapie et balnéothérapie, utilisation d'un stimulateur TENS). Même en y ajoutant les deux courts séjours (30 mars au 11 mai 2021 et du 7 au 28 juin 2022), pour évaluation, que le recourant a accompli à la [...], ce critère ne saurait être admis. Il ressort par ailleurs des rapports des 27 mai 2021 et 26 juillet 2022 des médecins de cette clinique que des facteurs contextuels, dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, ont influencé négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient (kinésiophobie, catastrophisations, cotation élevée de la douleur, sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles, chez un patient qui reste centré sur la douleur). En ce sens, il convient de nier que la circonstance de la longue durée du traitement médical soit remplie.

dd) S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il y a lieu de préciser qu'il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4).

En l'occurrence, il convient d'admettre que ce critère est réalisé, les douleurs dont se plaint le recourant au pied droit pouvant être mises en lien avec une atteinte objective présentant un rapport de causalité naturelle avec l'accident. Les douleurs ont persisté sans période d'atténuation. Encore aujourd'hui, le recourant se déplace uniquement avec une canne anglaise afin de décharger son pied droit et est empêché d'exercer ses tâches quotidiennes (cf. rapport d'expertise [...] du 22 octobre 2024, p. 13).

ee) En ce qui concerne les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, il n'y a pas lieu d'admettre ce critère, faute d'évocation précis d'éléments suscitant un doute quant au caractère adéquat de la prise en charge du recourant.

ff) S'agissant des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (cf. TF 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 6.4.3 ; TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.5 et les références citées). L'échec de certains traitements isolés et la persistance de certains troubles ne sont donc pas suffisants pour admettre des difficultés lors du processus de guérison.

En l'occurrence, il y a lieu de reconnaître que le recourant, nonobstant la consolidation de la fracture métaphysaire proximale du second métatarsien, a été confronté à des complications particulières, sous la forme d'un syndrome régional douloureux complexe qui a empêché la récupération fonctionnelle du pied droit.

gg) S'agissant pour finir du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (cf. TF 8C_762/2019 et 8C_763/2019 du 12 mars 2020 consid. 4.2.6 et la référence citée ; TF 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.3). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (TF 8C_600/2020 précité consid. 4.2.4 et les références citées).

En l'occurrence, il ressort de l'examen médical réalisé le 16 juin 2023 par le Dr H. _____ que la situation était stabilisée et que le

recourant était désormais en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il est vrai qu'il s'est écoulé plus de deux ans et demi avant que le recourant ait pu récupérer une capacité de travail complète (dans une activité adaptée), ce qui peut représenter une durée relativement longue. Cette durée s'explique néanmoins par l'apparition d'un syndrome douloureux régional complexe, lequel a ralenti le processus de récupération de la capacité de travail.

e) Il s'ensuit que les troubles psychiques développés par le recourant ne se trouvent pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, seuls deux critères sur sept étant réalisés. Le droit à une éventuelle rente ne doit par conséquent être examiné qu'à la seule lumière des atteintes orthopédiques du recourant.

8. En ce qui concerne la comparaison des revenus effectuée par l'intimée pour déterminer le taux d'invalidité du recourant, elle ne porte pas le flanc à la critique et doit être confirmée. En particulier, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique pris en considération pour fixer le revenu d'invalidité supérieur à 5 %. En effet, la valeur statistique utilisée par l'intimée (ESS 2020, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1) s'applique aux assurés qui conservent une capacité de travail dans des activités simples et répétitives et recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique ni de formation professionnelle. Ces facteurs n'entrent ainsi pas en ligne de compte pour fixer un abattement supplémentaire en l'espèce (à cet égard, cf. TF 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1). De plus, l'âge du recourant ou le fait qu'il ne soit titulaire que d'un permis B ne sont pas susceptibles de réduire les perspectives salariales au regard de la nature des activités encore exigibles. D'ailleurs, à son arrivée en Suisse en 2018, en provenance de [...], il a immédiatement trouvé un emploi. Sa compréhension de la langue française est également très bonne. Ainsi, l'on ne saurait considérer qu'il puisse rencontrer des difficultés particulières à retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. C'est donc à juste titre que l'intimée a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité.

9. Pour le reste, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la question du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En tant que le recourant conclut à l'octroi d'une indemnisation plus importante qui tienne compte des troubles cranio-cervicaux et des troubles psychologiques, la question est sans objet, les atteintes précitées n'étant pas en lien de causalité adéquate avec l'événement traumatique du 2 décembre 2020.

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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 (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 18 janvier 2024 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Fanette Sardet (pour U. _____), à Lausanne,
- 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).

Le greffier :