

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 septembre 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Berberat, juge, et Mme Boesch, assesseure
Greffier : M. Frattolillo

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant,

et

T._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 15 septembre 2003 en qualité de responsable marketing pour l'entreprise Y._____. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de T._____ (ci-après : T._____ ou l'intimée).

Le 8 juillet 2023, lors d'une marche, alors qu'il redescendait de [...], direction [...], l'assuré s'est encoublé dans une racine et, en tombant, son genou droit a tourné. Après avoir entendu un crac, il a tenté de reprendre la descente, mais la douleur était trop vive et il n'arrivait plus à marcher correctement. Le cas a été déclaré à T._____ le 11 juillet 2023, qui a presté (cf. déclaration d'accident bagatelle du 11 juillet 2023).

Le 18 juillet 2023, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a réalisé une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit de l'assuré, de laquelle il est ressorti une absence de lésion ligamentaire, ainsi qu'une déchirure complexe de la corne antérieure du ménisque médial et une contusion du versant postérieur du plateau tibial latéral.

Le 24 juillet 2023, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une lésion au ménisque droit et prescrit des séances de physiothérapies, avant de renouveler ce traitement le 5 janvier 2024.

Le 29 janvier 2024, la Dre C._____, spécialiste en radiologie, a réalisé une nouvelle IRM du genou droit de l'assuré et, dans son rapport du 30 janvier 2024, a conclu ce qui suit :

« Remaniements dégénératifs sévères tricompartmentaux du genou avec fragments cartilagineux libres intra-articulaires. Déchirures multidirectionnelles de la corne postérieure des deux ménisques. La plastie du LCA [ligament croisé antérieur] était intacte. »

Par courriel du 26 avril 2024, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne, a demandé au Dr Q._____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de convoquer l'assuré qui souhaitait obtenir un deuxième avis orthopédique en raison de douleurs persistantes et handicapantes. Dans sa demande, il était précisé qu'il s'agissait d'un patient sportif ayant subi une plastie du ligament croisé antérieur droit il y a plusieurs années, qu'il avait déjà été suivi par le Dr Q._____ en 2019 pour une tendinopathie du tendon d'Achille droit et qu'il avait présenté un traumatisme du genou droit le 8 juillet 2023. A cela s'ajoutait qu'à la suite des IRM du 18 juillet 2023 et 29 janvier 2024, l'assuré avait consulté le Dr B._____ qui avait d'abord effectué une infiltration et proposé des séances de physiothérapie, ayant eu un effet bénéfique jusqu'au début de l'année 2024, avant de lui donner la possibilité de traiter ses nouvelles gonalgies par viscosupplémentation type PRP (plasma riche en plaquettes). En fin de courriel, il était expliqué que les douleurs handicapantes de l'intéressé étaient réapparues depuis la mi-avril après une passe anodine au football.

Dans un rapport médical du 5 juin 2024, le Dr Q._____ a indiqué avoir prescrit à l'assuré un traitement avec des huiles essentielles, des anti-inflammatoires, des exercices d'étirement et de proprioception à faire tous les jours et des infiltrations du genou droit. Il a également retenu qu'en cas d'échec, il y avait lieu d'envisager une prise en charge chirurgicale.

Dans un rapport médical du 10 septembre 2024, le Dr Q._____ a constaté que l'assuré présentait toujours des douleurs au genou droit et que le traitement conservateur avait été un échec. Il lui a donc proposé une prise en charge chirurgicale sous forme d'arthroscopie du genou droit, laquelle a eu lieu le 30 septembre 2024.

Invité à se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident du 8 juillet 2023 et l'opération prévue, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de T._____, s'est déterminé le 29 septembre 2024 comme suit (sic) :

« Entorse du genou droit le 08.07.2023 IRM DU GENOU DROIT du 29.01.2024: " Remaniements dégénératifs sévères tricompartmentaux du genou avec fragments cartilagineux libres intra-articulaires. Déchirures multidirectionnelles de la corne postérieure des deux ménisques. La plastie du LCA est intacte. " Il existe une ostéophytose marquée des 3 compartiments ce qui témoigne de lésions dégénératives anciennes, préexistantes en tout cas avant l'événement de juillet 2023. Dr B. _____ et Dr Q. _____ conseillent un traitement conservateur initialement mais finalement le Dr Q. _____ retient le 10 09 2024 une indication pour 1 intervention par arthroscopie du genou D: analyse du cartilage ablation des fragments cartilagineux libres intra-articulaires + traitement des lésions méniscales (ménissectomie partielle des déchirures multidirectionnelles de la corne postérieure des deux ménisques. Au total on retient un état antérieur dégénératif préexistant sur ce genou faisant suite à une ancienne entorse traitée par ligamentoplastie du croisé antérieur. Cet état antérieur a été déstabilisé de façon temporaire par l'événement de juillet 2023 qui n'a pas provoqué de nouvelles lésions structurelles car les lésions méniscales en interne et externe sont clairement de type dégénératif. 6 mois après la survenue de cet événement et au vu des conclusions de l'IRM du 29 janvier 2024 montrant des lésions dégénératives, on conclut que cette chute de juillet cesse de déployer ses effets délétères et le statu quo siné est alors atteint le 29 01 2024. »

Par décision du 11 octobre 2024 et conformément à l'avis de son médecin conseil, T. _____ a mis fin aux prestations de l'assuré au 31 janvier 2024.

Par courrier du 25 octobre 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a prié T. _____ de revoir sa décision et de supporter tous les frais relatifs à l'accident du 8 juillet 2023. En substance, il a contesté les conclusions du Dr Z. _____ selon lesquelles l'état antérieur de son genou avait été déstabilisé de façon temporaire par l'événement du 8 juillet 2023 et que l'accident n'avait pas provoqué de nouvelles lésions structurelles. Il a notamment indiqué qu'avant l'accident, il pratiquait régulièrement du football, participait à des courses et courait régulièrement en montagne sans douleur et contre-indication physique et que, depuis l'accident, il ne pouvait plus pratiquer ces disciplines.

Dans un rapport médical du 14 novembre 2024, le Dr Q. _____ a constaté que l'évolution du cas de l'assuré était bonne, que celui-ci n'avait plus de douleur et que le contrôle clinique était en ordre. Il lui a également prescrit un traitement à base d'huiles essentielles.

Dans un rapport du 28 janvier 2025, le Dr Z. _____ a complété son appréciation du 29 septembre 2024 à la demande de T. _____, en concluant ce qui suit :

« Au total on retient une ancienne entorse grave de ce genou traitée par ligamentoplastie. Celle-ci n'a pas pu stabiliser de façon complète le genou ce qui a conduit à une dégradation des ménisques et du cartilage. On retient en ce sens des lésions cartilagineuses anciennes, avec même des fragments de cartilage libérés dans l'articulation. C'est bien l'arthrose avec les irrégularités de la surface cartilagineuse qui a provoqué les lésions des ménisques par usure- (sic) Il s'agit ici d'une usure naturelle du ménisque par frottements répétés par des surfaces articulaires dégradées, comme cela est reconnue dans la littérature. Le type de déchirure complexe, comme dans le cas de l'assuré, des deux ménisques est d'ailleurs reconnu comme une lésion méniscale dégénérative.

Dans ces conditions on peut maintenir la prise de position antérieure.

[...]

Bibliographie :

Faut-il opérer les lésions dégénératives du ménisque ?

Drs JULIEN BILLIÈRES a, HERMÈS MIOZZARI a, ANNE LÜBBEKE a et Pr DIDIER HANNOUCHE Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 2173-6 »

Par décision sur opposition du 10 février 2025, T. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 11 octobre 2024. En substance, T. _____ a relevé que le seul fait que les douleurs soient survenues postérieurement à l'accident ne suffisait pas à établir un lien de causalité avec l'accident en question.

B. Par acte du 10 mars 2025, J. _____ a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge des suites de son accident, notamment des frais médicaux, au-delà du 31 janvier 2024, et a sollicité, au préalable, la réalisation d'une expertise. En substance, il a contesté la rupture du lien de causalité entre l'accident du 8 juillet 2023 et les atteintes à son genou droit perdurant au-delà du 31 janvier 2024. En outre, le recourant a fait valoir que l'intimée n'avait pas démontré ni allégué la disparition des

troubles et qu'elle ne pouvait pas se baser sur la seule opinion de son médecin conseil, car elle était insuffisamment motivée.

Par réponse du 21 mai 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 10 février 2025. Elle a notamment rappelé les conclusions de son médecin conseil et les a mises en relation avec plusieurs passages de l'article de doctrine cité dans la bibliographie du rapport médical du 28 janvier 2025 pour démontrer que le *statu quo sine* a été atteint le 31 janvier 2024. Au surplus, elle a estimé que les évaluations de son médecin-conseil avaient pleine force probante et que la mise en œuvre d'une expertise requise par le recourant n'était pas justifiée.

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 aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2024, en relation avec l'événement du 8 juillet 2023.

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

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

b) En l'espèce, l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement du 8 juillet 2023.

4. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

b) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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).

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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

bb) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée : TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

cc) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

5. a) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) 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_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières en faveur du recourant avec effet au 31 janvier 2024, au motif que les atteintes au genou qui ont perduré au-delà de cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 8 juillet 2023. Elle s'est fondée sur les appréciations médicales du Dr Z._____, son médecin conseil, pour démontrer que l'atteinte était due à des lésions dégénératives antérieures et établir le *statu quo sine* au 31 janvier 2024.

L'appréciation médicale de ce dernier du 29 septembre 2024 tient en treize lignes et est rédigée lapidairement. Il mentionne des conclusions de rapports d'IRM au dossier de manière télégraphique pour en conclure que l'état antérieur dégénératif du genou a été déstabilisé de façon temporaire par l'événement du 8 juillet 2023. Ce rapport médical est manifestement insuffisamment motivé, ce qu'a d'ailleurs implicitement admis l'intimée en indiquant, dans son mémoire de réponse, que cette explication était « sommaire ». Elle a donc demandé au Dr Z._____ de compléter son appréciation en expliquant notamment pourquoi l'accident n'avait pas pu causer les lésions mentionnées dans son rapport (cf. courriel du 13 janvier 2025).

Dans son appréciation complémentaire du 28 janvier 2025 qui tient sur une page, le médecin conseil a résumé des éléments factuels, puis développé son analyse en onze lignes seulement. Ce médecin n'a pas dressé l'anamnèse du recourant s'agissant de ses antécédents au genou

et n'a pas posé de diagnostic. Il n'a pas expliqué quel a été le mécanisme de torsion du genou lors de la chute et ses incidences concrètes (simple contusion, accentuation de lésions cartilagineuses) et n'a pas tenu compte des plaintes du recourant, qu'il n'a, au surplus, jamais examiné en personne. En outre, ses conclusions ne sont ni claires ni motivées, le seul fait de produire un article d'une revue médicale en annexe de son appréciation est, à cet égard, insuffisant.

Sur ce dernier point, les développements de l'intimée dans son mémoire de réponse soulignant les passages pertinents de l'article précité ne sauraient pallier le déficit de motivation des analyses du Dr Z._____. En effet, il n'appartient pas au tribunal de se prononcer sur une analyse médicale qui ne ressort pas d'un rapport établi par un médecin et qui se base sur des passages isolés d'un article de doctrine.

Ainsi, les appréciations médicales du Dr Z._____ ne sont pas suffisamment probantes pour emporter la conviction de la Cour de céans.

b) Pour le reste, il n'existe pas de rapport médical au dossier qui se prononce sur le lien de causalité entre les atteintes au genou du recourant et l'accident du 8 juillet 2023, de sorte qu'il n'est pas possible d'établir de *statu quo sine*.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'existence d'un lien de causalité entre les lésions au genou du recourant et l'accident de juillet 2023. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle complète l'instruction sur le plan médical, notamment en interpellant les médecins qui ont suivi le recourant, en particulier le Dr L._____, quant aux atteintes au genou dont l'intéressé souffrait avant l'accident et s'agissant du lien de causalité entre cet événement et les atteintes actuelles, puis cas échéant en mettent en œuvre une expertise, avant de rendre une nouvelle décision. Dans ces conditions, la requête d'expertise judiciaire du recourant doit à ce stade être rejetée.

8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 10 février 2025 par T._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d’instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- 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 :

- J._____,
- T._____,
- 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).

Le greffier :