

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 novembre 2015

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Pasche et Mme Dessaux, juges  
Greffier : M. Bohrer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christian Deneriaz, avocat  
à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 LAA et 11 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 6 décembre 2010, Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, vitrier, alors qu'il construisait un échafaudage, a perdu l'équilibre et s'est retenu avec les deux bras occasionnant des lésions au niveau des épaules.

Le 11 juin 2012, l'assuré a glissé en marchant avec un mouvement de torsion et valus du genou gauche.

Ces deux événements ont fait l'objet de déclarations de sinistre LAA auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Dans leur rapport du 19 septembre 2012 à l'attention de la CNA, les Drs J.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Département E.\_\_\_\_\_ du Centre médical A.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre médical A.\_\_\_\_\_), ont posé comme unique diagnostic celui d'« entorse du ligament collatéral interne du genou gauche stade II » suite à l'accident de l'assuré du 11 juin 2012. Cet unique diagnostic n'a pas été modifié dans les rapports subséquents établis par différents médecins dudit département, respectivement les 6 novembre 2012 et 11 janvier 2013.

Le 14 février 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a établi un rapport d'examen médical final dont ressortent les passages suivants :

### **« 1. Motifs de l'examen**

[...]

### **2. Evolution suivant les pièces communiquées**

06.12.2010 Alors qu'il construisait un échafaudage, le patient a perdu l'équilibre et s'est retenu à un pont avec le bras D, avec le G il s'est retenu au rebord du mur pour éviter une chute en arrière.

- 07.04.2011 Rapport médical du Dr W. \_\_\_\_\_ nous apprenant que le 08.12.2010 notre collègue a vu l'assuré et a posé le diagnostic de traumatisme de l'épaule G.
- 20.04.2011 Rapport d'une IRM de l'épaule G dont les conclusions sont : petite déchirure périphérique probablement de type transfixiant de l'insertion du tendon du sus-épineux dans un contexte de tendinopathie d'amont et associée à une fine bursite sous-acromio-deltoïdienne, tendinopathie sans déchirure de l'insertion du sous-scapulaire, kyste mucoïde en périphérie du muscle sous-épineux sans conflit neurovasculaire de l'échancrure supra-scapulaire.
- 17.06.2011 Rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ posant les diagnostics de suspicion d'une lésion partielle du bord antérieur intra-articulaire du sus-épineux avec possible tendinopathie du tiers supérieur du sous-scapulaire accompagnée d'une possible instabilité du long chef du biceps en antéro-postérieur et d'un kyste spino-glénoïdien sans atteinte nerveuse au niveau de l'épaule G et, au niveau de l'épaule D, diagnostic de tendinopathie du tiers supérieur du sous-scapulaire avec possible atteinte du système de poulie et instabilité antérieure du long chef du biceps.
- Le Dr D. \_\_\_\_\_ précise que, suite à l'accident du 06.12.2010, le patient a présenté une symptomatologie douloureuse au niveau des deux épaules. Il ne préconise pas d'intervention chirurgicale et propose des infiltrations et de la physiothérapie, en estimant que le pronostic est favorable et qu'une reprise de travail dans l'activité habituelle (vitrier) reste envisageable.
- 13.01.2012 Nouveau rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ semblant indiquer que le patient a eu une augmentation significative des douleurs au niveau de ses épaules lors d'un stage d'orientation OAI, avec début janvier 2012, difficultés à lever les bras activement au-delà de l'horizontale.
- 23.03.2012 Examen à l'agence à la suite duquel une hospitalisation à la Clinique I. \_\_\_\_\_ [Clinique I. \_\_\_\_\_] est décidée pour prise en charge intensive de la symptomatologie douloureuse des 2 épaules, détermination des limitations fonctionnelles concernant ces 2 épaules et évaluation professionnelle.
- 03.04.2012 Hospitalisation à la Clinique I. \_\_\_\_\_ jusqu'au 24. Les diagnostics de tendinopathie du tiers supérieur du sous-scapulaire avec possible atteinte du système de poulies et instabilité antérieure du long chef du biceps D, de kyste spino-glénoïdien sans atteinte nerveuse de l'épaule D, de status après traumatisme de l'épaule G le 06.12.2010, d'état de stress post traumatique probable (en relation avec la plaie par tronçonneuse de 2004), de trouble de l'adaptation avec réaction, mixte anxieuse et dépressive, de status après suture de la face externe du bras G suite à une plaie par tronçonneuse au niveau du biceps, deltoïde et triceps, de status après cure d'hémorroïdes en 2006, d'obésité, de diabète de type II traité par ADO et d'HTA traitée avaient été retenus.

Durant le séjour, des RX standards des épaules ddc ont été effectuées, mettant en évidence une discrète empreinte [sic] de Hill Sachs à G ; pour le reste, ces RX ont mis en évidence des rapports articulaires conservés avec espace acromio-huméral non diminué ddc. Le patient a été présenté au consultant d'orthopédie de la Clinique I.\_\_\_\_\_ qui n'a pas retenu d'indication opératoire, ce qui semble avoir désappointé le patient. Les différentes évaluations effectuées à la Clinique I.\_\_\_\_\_ ont montré un patient extrêmement plaintif et autolimité, centré sur sa douleur. L'activité de vitrier ne semblait plus exigible mais le patient était jugé apte à travailler à plein temps dans une activité sans travail avec les bras au-dessus des épaules et sans travaux répétitifs avec les 2 MS maintenus bras tendus.

11.06.2012 Nouvel accident ( [...]). Le patient glisse en marchant avec un mouvement de torsion et valus forcé de son genou G. Il consulte au Centre médical A.\_\_\_\_\_ où le diagnostic d'entorse du LLI de grade II du genou G est posé.

22.11.2012 [...]

11.01.2013 Dernier rapport du Centre médical A.\_\_\_\_\_. Concernant l'évolution de l'entorse du LLI du genou G stade II avec le patient se plaignant toujours de douleurs du genou à la mobilisation, irradiant parfois jusque dans les fesses.

Dans ces conditions, convocation à l'agence pour faire le point de la situation.

### **3 Déclarations de l'assuré**

[...]

En ce qui concerne ses deux épaules, la situation semble stable, le patient aurait, au repos, toujours de légères douleurs au niveau de ses 2 épaules, douleurs qui augmenteraient dès que le patient sollicite ses MS. Ses douleurs sembleraient perturber passablement les nuits du patient. En ce qui concerne l'état du genou G, la situation se serait nettement améliorée. Le patient déclare toujours ressentir des douleurs au niveau de la face interne du genou G lorsqu'il fait une rotation vers la D du bassin. Il semblerait qu'il ait eu une infiltration de ce genou il y a environ 3 semaines au Centre médical A.\_\_\_\_\_ et qu'un prochain contrôle soit prévu pour ce genou fin février. Pour les épaules, pas de suivi particulier. Le patient ne fait pas de physiothérapie. Pour ces symptomatologies douloureuses au niveau des épaules et du genou G, le patient semble prendre 2 à 3 cp de Mydocalm® par jour et 2 à 3 cp de Brufen® par jour. Pour le reste, le patient prend un nombre impressionnant de médicaments (Sertaline®, Victosa®, Metfin®, Co-Aprovel®, Dilzem®, Lisitril®, Diamicron®, Inegy®, Nexium®, Famotadin®, Hépa-Lipe®, Hépa-Merc®, Sylimarin®, Ursofalk®. Les 6 derniers médicaments semblent avoir été prescrits au patient en [...], le reste de la liste semble être contrôlé par le Dr B.\_\_\_\_\_).

Monsieur Q. \_\_\_\_\_ n'a pas eu d'activité professionnelle depuis son accident du 06.12.2010. Un stage d'orientation OAI fin 2011, début 2012 avait dû être arrêté à cause de l'augmentation des douleurs au niveau des épaules associée à une HTA.

#### **4. Constatations**

Patient obèse (124 kg pour 179 cm), transpirant abondamment, droitier.

Marche à plat, marche sur la pointe des pieds, marche sur les talons sp. Sautillement unipodal pouvant être ébauché à D mais pas à G avec tentative d'ébauche entraînant des douleurs dans le genou G. Genuflexion complète avec léger appui et relèvement aisé avec, semble-t-il, des douleurs au niveau de la face interne du genou G.

A l'examen en orthostase, pas de défaut d'axe des MI. Le bassin est à niveau. L'épaule D est très légèrement plus basse que l'épaule G avec atrophie des 2 trapèzes et des 2 sus-épineux plus marquée à D qu'à G. Abduction active des épaules et antépulsion active des épaules atteignant 170°, mais semblant entraîner d'intenses douleurs à partir de 90°. Rotation externe coudes au corps 45° ddc. Rotation globale interne avec pouce atteignant D9 à D et D10 à G. Test de Jobe bien tenu avec arc douloureux, semble-t-il, de 160° à 0°.

L'examen ostéo-articulaire rapide des 2 coudes, des 2 poignets et des 2 mains est grossièrement sp. Force de préhension au dynamomètre de Jamar : 30 kg à D, 29 kg à G. Key pinch 7 kg à D, 6,5 kg à G. Pas de déficit sensitivo-moteur grossier au niveau des MS en dehors d'une insensibilité au pourtour de la cicatrice de la face externe du bras G résultant de la plaie par la tronçonneuse en 2004.

A l'examen en position couchée en décubitus dorsal, Lasègue indolore à 80° ddc.

L'examen ostéo-articulaire des 2 hanches met en évidence une légère limitation de la rotation externe symétrique. Les 2 genoux ont un aspect et une température qui sont symétriques. Le genou D est sec et stable, avec flexion permettant une DTF de 3 cm, extension complète. Les tests de sollicitation rotulienne et méniscale sont indolores à D. Le genou G est également sec et stable avec une flexion permettant une DTF de 4 cm et une extension complète. Le signe du Rabot est légèrement positif avec signes de sollicitation rotulienne légèrement douloureux de ce côté. Douleurs à la palpation de la face interne du condyle fémoral interne, de l'interligne articulaire interne et de la face interne de la partie toute proximale du tibia G.

L'examen ostéo-articulaire rapide des 2 chevilles et des 2 pieds est sp.

Pas de déficit sensitivo-moteur grossier au niveau des MI.

Le diamètre des cuisses à 15 cm et 10 cm des bords supérieurs des rotules et le diamètre maximum des mollets sont symétriques à respectivement 56 cm, 51 cm et 42 cm.

Imagerie :

Au Pacs se trouvent les RX des épaules D et G du 05.03.2012 (= RX des épaules effectuées à la Clinique I.\_\_\_\_\_) qui montraient, comme déjà mentionné dans l'évolution selon les pièces communiquées, une discrète emprunte [sic] de Hill Sachs à G, des rapports articulaires conservés avec espace acromio-huméral non diminué ddc.

## 5. Appréciation

Nous nous trouvons à plus de 2 ans d'un accident ayant entraîné des douleurs au niveau des 2 épaules et à plus de 6 mois d'une entorse du LLI de grade II du genou G. La situation est stabilisée au niveau des épaules. Il semble que la situation soit encore en train de s'améliorer au niveau du genou G, suite à une probable infiltration il y a environ 3 semaines. Nous n'avons pas le bilan d'imagerie effectué au niveau du genou G après l'accident du 11.06.2012, mais savons qu'après relecture de cette IRM du genou G par le Dr Z.\_\_\_\_\_, le diagnostic est resté celui d'entorse du LLI grade II du genou G.

Subjectivement, le patient se plaint d'un léger fond douloureux constant au niveau de ses 2 épaules qui le réveillerait régulièrement la nuit. Durant la journée, cette symptomatologie douloureuse serait augmentée à la sollicitation des épaules. Au niveau de ses épaules, le patient n'a plus de traitement particulier en dehors de la prise de Mydocalm® et de Brufen® et la situation est stabilisée. Au niveau du genou G, le patient se plaint de douleurs au niveau de la face interne du genou G lorsqu'il incline le bassin vers la D.

Objectivement, l'épaule D est très légèrement plus basse que l'épaule G, avec atrophie des 2 trapèzes et des 2 sus-épineux, légèrement plus importante à D qu'à G. Pas de limitation des amplitudes articulaires des 2 épaules, mais arc douloureux de pratiquement 180° à 0°. Au niveau du genou G, le signe du Rabot est légèrement positif avec signes de sollicitation rotulienne légèrement douloureux, douleurs à la palpation de toute la partie interne du condyle fémoral interne, de l'interligne articulaire interne et de la partie proximale de la face interne du tibia, douleurs au niveau de la face int. du genou G au relèvement de genuflexions et sautellement unipodal G impossible alors qu'ébauché à D.

Du point de vue asséurologique, l'exigibilité du patient en ce qui concerne l'état de ses épaules après l'accident du 06.12.2010 est une exigibilité totale dans une activité sans travaux avec les bras en-dessus de l'horizontale, sans rotations int. et ext. répétitives des épaules coudes au corps et sans travaux de force correspondant au port des charges de plus de 5 kg, MS éloignés du tronc.

En ce qui concerne l'accident au niveau du genou du 11.06.2012, il semble que cet accident n'ait pas entraîné de lésion structurelle au niveau de ce genou ; si c'est bien le cas, le statu quo sine peut être considéré à six mois de l'accident comme atteint ; cet accident ne devrait donc plus concerner la [CNA]. Afin de pouvoir confirmer définitivement ce statu quo sine, je remercie l'administration de me faire parvenir le bilan d'imagerie du genou G effectué à partir du 11.06.2012 au Centre médical A.\_\_\_\_\_ et qui comprend probablement des RX du genou G effectuées en juin 2012 et l'IRM du genou G dont il est question dans le rapport du Centre médical A.\_\_\_\_\_ du 06.11.2012. Je remercie encore l'administration de

demander au Centre médical A.\_\_\_\_\_ un rapport médical concernant la probable infiltration du genou d'il y a 3 semaines, effectuée dans le cadre d'une consultation de rhumatologie dans le Département E.\_\_\_\_\_ du Centre médical A.\_\_\_\_\_. Une fois en possession de ces éléments, je statuerai définitivement quant à cet éventuel statu quo sine pour le genou G.

[...] ».

Dans un rapport du 25 avril 2013 adressé au médecin conseil de la CNA, le Dr A.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Département E.\_\_\_\_\_ du Centre médical A.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de chondropathie dégénérative associée à une méniscopathie dégénérative interne du genou gauche et, s'agissant du rachis de l'assuré, celui de lombosciatalgies gauches sur spondylolisthésis L4-S1 de grade I d'origine dégénérative, avec lyse isthmique bilatérale associée à un rétrécissement foraminaux L5-S1 gauche. Il a en outre indiqué souhaiter adresser son patient au « team rachis » de son département pour une prise en charge de son problème lombaire.

Par avis médical du 16 mai 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que les examens pratiqués sur l'assuré au niveau de son rachis ne montraient pas de lésions traumatiques en relation avec ses accidents et ne concernaient pas les sinistres couverts par la CNA. Au surplus, il a confirmé le statu quo sine pour le genou gauche à 6 mois de l'événement du 11 juin 2012.

Il ressort d'un rapport établi le 8 janvier 2014 par le Dr C.\_\_\_\_\_, neurochirurgien à l'académie [...], que l'assuré a fait l'objet d'une IRM dans ce pays qui a mis en évidence une dégénération du disque L5-S1 avec un spondylolisthésis de premier degré alors que l'état du reste de la colonne vertébrale de l'assuré correspondait à son âge.

Selon un document intitulé « Certificat de licenciement » établi le 10 avril 2014 par le Dr C.\_\_\_\_\_, l'assuré a été opéré au dos en [...] à cette date, l'opération effectuée ayant consisté en une stabilisation transpédiculaire L5-S1 « com fusio intercorporalis transforminalis sin. ». Il ressort également de ce document que l'assuré lors de son admission à

l'hôpital « mentionne des douleurs au dos [...] très fortes ces dernières années [et] très intenses après la chute et le renversement [dans] les escaliers au mois de juin [...] 2012 ». Il est précisé que les examens pratiqués ont montré « une modification dégénérative du disque L5-S1 avec espace intervertébral effondré et les indications de la listhèse isthmique du 1<sup>er</sup> degré [au] même niveau » alors que « le reste de la colonne vertébrale a des modifications dégénératives modérées ».

Le 22 avril 2014, l'assuré a demandé à la CNA de prolonger le paiement des prestations.

La CNA a mis fin au paiement de l'indemnité journalière au 30 avril 2014. Pour tenir compte des séquelles accidentelles aux épaules, la CNA a, par décision du 16 mai 2014, alloué à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> mai 2014 une rente d'invalidité de 18% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

Par avis médical du 16 mai 2014, le Dr V. \_\_\_\_\_ a considéré que l'opération effectuée le 10 avril 2014 en [...] n'était pas en relation de causalité avec les accidents de l'assuré. Il a relevé en outre que « selon les renseignements assez exhaustifs en notre possession, aucun des accidents [...] n'a entraîné de lésions structurelles au niveau du rachis, chez un patient qui ne s'était pas encore plaint de douleurs rachidiennes lors du dernier examen à l'agence le 14.02.2013 ».

Par décision du 2 juillet 2014, la CNA a indiqué, d'une part, qu'elle refusait d'engager sa responsabilité pour les troubles lombaires annoncés au motif qu'il n'existait aucun lien de causalité certain ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre ceux-ci et l'événement du 11 juin 2012 et, d'autre part, qu'elle avait mis un terme à la prise en charge du traitement médical pour le genou gauche au 31 mai 2013, les troubles n'étant plus dus à l'accident mais exclusivement de nature malade.

Le 1<sup>er</sup> août 2014, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision.

Interpellé par la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_, dans un avis médical du 26 août 2014, a estimé que l'opposition de l'assuré n'apportait aucun élément nouveau et a souligné que la situation du patient avait bien été investiguée du point de vue médical, notamment lors de son séjour à la Clinique I.\_\_\_\_\_ et lors de l'examen à l'agence le 14 février 2013. Il a ainsi conclu qu'il n'y avait pas de « relation pour le moins probable avec une quelconque symptomatologie rachidienne et les accidents concernant la [CNA] ».

Par décision sur opposition du 4 septembre 2014, la CNA a confirmé sa position.

**B.** Par acte du 3 octobre 2014, Q.\_\_\_\_\_, représenté par Pj.\_\_\_\_\_ SA, a interjeté un recours de droit administratif à l'encontre de cette décision sur opposition en concluant préalablement à ce qu'un nouveau délai de 30 jours lui soit octroyé pour motiver son recours, une fois un conseil mandaté, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il ait droit aux prestations de la CNA ainsi que, subsidiairement, à ce que la CNA continue à lui verser des prestations LAA, le dossier lui étant renvoyé en vue d'une instruction complète.

Par acte complémentaire du 31 octobre 2014, le recourant, agissant par son conseil, a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens que les prestations d'indemnités journalières octroyées par la CNA soient prolongées pour une durée indéterminée. En substance, il allègue que la décision de la CNA passerait totalement sous silence les constatations effectuées par les médecins serbes l'ayant opéré au mois d'avril 2014, lesquelles seraient susceptibles d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre les troubles du dos opérés en [...] et l'accident dont il a été victime le 11 juin 2012. Le recourant relève en outre n'avoir jamais souffert de troubles lombaires jusqu'à cette date et que c'est indéniablement cet événement

qui a provoqué, ou à tout le moins fortement aggravé, son problème dorsal. Au surplus, le recourant requiert qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

Par réponse du 3 décembre 2014, la CNA, agissant par son conseil, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Par réplique du 30 juin 2015, le recourant a produit diverses pièces démontrant, selon lui, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre son accident du 11 juin 2012 et ses douleurs lombaires, parmi lesquelles :

- un rapport établi le 20 septembre 2013 par le Prof. S. \_\_\_\_\_ et le Dr R. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et chef de clinique au Département E. \_\_\_\_\_ du Centre médical A. \_\_\_\_\_, dont il ressort notamment ce qui suit :

« **Diagnostics - Antécédents - Intervention**

- Lombalgie chronique
- Lyse isthmique L5 avec antélisthesis L5-S1 grade I
- [...]
- Accident en 2010, avec lésion X des deux épaules

**Anamnèse**

Le patient nous a été adressé par le Dr A. \_\_\_\_\_, qui le suivait suite à une entorse du genou gauche, suite à une chute fin juin 2012.

Depuis cette chute, le patient décrit des nouvelles douleurs lombaires irradiant dans les deux fesses, plus à gauche qu'à droite. Le patient note que cette douleur est apparue après avoir senti un craquement dans le dos lors de la chute de juin 2012. Il décrit depuis lors des douleurs au niveau interne du genou pour lequel il a été suivi de manière ambulatoire par le Dr A. \_\_\_\_\_, pour entorse ligamentaire à l'interne du genou gauche.

Au niveau du dos, le patient note une lombalgie continue présente dans toutes les positions, surtout statiques autant debout qu'assis, avec des réveils nocturnes. Il note également une irradiation dans les deux fesses, plus à gauche qu'à droite, avec une irradiation dans la jambe gauche, qui prend la face latérale de la cuisse puis passe en postérieur dans le creux poplité et en interne dans la jambe jusqu'à la face interne du pied.

Il s'agit donc d'une irradiation non systématisée avec des paresthésies dans les deux pieds, la sensation de deux pieds froids

et une hyposensibilité en chaussettes des deux pieds. Les douleurs sont présentes dans les jambes dans toutes les positions, comme les douleurs lombaires, mais une douleur beaucoup moins importante dans la jambe et une augmentation des douleurs dans la jambe lorsque les douleurs dans le dos sont très importantes.

Il n'a pas de faiblesse, pas de troubles sphinctériens. Le patient bénéficie de ces thérapies pour son genou mais n'a jamais eu de prise en charge pour son dos. [...]

### **Status**

[...]

Patient marchant sans boiterie, marche sur la pointe des pieds et sur les talons possible. Légère perte de lordose lombaire avec contracture musculaire paravertébrale, douleurs à la palpation lombaire et du carrefour ilio-lombaire.

Schöber 10-11, DDS non-mesurable. Douleurs dans toutes les mobilisations lombaires, hypoesthésie en chaussettes depuis la mi-jambe des deux côtés symétrique. Le patient me dit qu'il n'avait pas de troubles sensitifs avant l'accident. Pas de troubles moteurs, réflexes ostéotendineux absents aux quatre membres. Babinski négatif, Hoffmann négatif, Lasègue négatif. Pouls pédieux et tibial postérieurs palpés des deux côtés. Hanches et genoux : mobilisation libre.

### **Examens complémentaires**

*Radiographie lombaire face/profil du 05.03.2013* : spondylolisthésis L5/S1 de grade I avec un antélisthésis de 18 mm, lyse isthmique L5. L'espace discal est quasi inexistant.

*IRM lombaire du 22.03.2013* : spondylolisthésis L5/S1 de grade I, avec glissement de 10 mm, pas de sténose canalaire, légère sténose foraminale L5/S1 gauche. Troubles dégénératifs discaux avec perte de la hauteur de disque L5-S2. Le reste de l'IRM est dans la norme.

### **Problèmes et attitude**

Nous sommes donc en présence d'un patient présentant des lombalgies avec des pygalgies bilatérales sur un spondylolisthésis isthmique L5-S1, avec une sténose foraminale L5-S1 à gauche plus importante qu'à droite. Le patient décrit des sciatalgies qui ne semblent pas être dues à ce spondylolisthésis avec des sciatalgies peu systématisées et des douleurs qui passent en postérieur au niveau poplité et qui vont en face interne du pied gauche. Le patient a des douleurs dans toutes les positions mais plutôt lombaires.

Au niveau de la radiologie, nous avons l'impression que lors de la position debout, la vertèbre L5 glisse un peu plus, mais la hauteur discale est quasiment nulle. Nous pensons qu'à distance ces deux vertèbres devraient se bloquer ainsi.

Nous ne pensons pas qu'une prise en charge chirurgicale puisse améliorer la situation actuelle des douleurs lombaires, le patient n'ayant pas de réelles sciatalgies. En cas de sciatalgies dans le cadre de spondylolisthésis isthmique, une intervention est efficace avec amélioration des douleurs dans la jambe. Pour ce faire, il

faudrait faire une décompression-spondylodèse avec un PLIF ou un TLIF L5-S1.

Néanmoins, nous ne pensons pas qu'actuellement il y ait indication à une intervention, de plus le patient ne prend qu'un à deux Dafalgan® par jour en réserve et cela semble lui suffire. De plus, il n'a pas bénéficié de toutes les prises en charges conservatrices.

Je me permets d'adresser le patient au Dr F.\_\_\_\_\_ pour une évaluation et une prise en charge si besoin.

[...] ».

- un rapport établi le 14 mai 2014 par le Dr C.\_\_\_\_\_, à la suite d'un examen de contrôle, et qui mentionne « qu'à la demande personnelle du patient, on donne un avis médical supplémentaire [selon lequel] cette opération [a été] faite principalement en raison d'une forte douleur au dos causée par une chute dans [d]es escaliers au mois de juin 2012 ».

- un courrier du 10 mars 2015 du Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Département E.\_\_\_\_\_ du Centre médical A.\_\_\_\_\_, écrit à la demande du conseil du recourant et dans lequel ce praticien a émis l'avis suivant :

« J'ai vu Monsieur Q.\_\_\_\_\_ à une seule reprise le 16.01.2014 à la demande de mes collègues chirurgiens pour des lombalgies dans le cadre d'un spondylolisthésis sur lyse isthmique.

La question est de savoir si le traumatisme est lié à la persistance des douleurs et je crois que je peux être assez clair sur le fait que ce n'est pas le cas. Le traumatisme a probablement perturbé un équilibre préexistant, mais 6 mois après cet événement, l'accident n'est plus responsable de la persistance des douleurs ».

Par duplique du 25 août 2015, la CNA a confirmé sa position.

## **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations

expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent à raison du lieu. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le fond.

**2.** Est litigieux, en l'espèce, le point de savoir s'il incombe à la CNA de prendre en charge les troubles lombaires dont se plaint le recourant, étant précisé que celui-ci n'invoque pas l'existence de troubles à son genou gauche au-delà du 31 mai 2013 et ne s'est pas opposé à la décision de l'intimée sur ce point, laquelle est entrée en force.

Il s'agit ainsi de déterminer si la présente problématique remplit les conditions fixées pour la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident dont a été victime le recourant le 11 juin 2012.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées

en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA), les prestations versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

**b)** Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), 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 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'assureur ou, cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b). 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 » [après celui-ci, donc à cause de celui-ci] ; ATF 119 V 335, précité, consid. 2b/bb ; TF 8C\_919/2010 du 3

novembre 2011 consid. 5). 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. Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TF U 222/2004 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**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, précité, consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286, précité, consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335, précité, consid. 4c).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 ; TF 8C\_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

**4. a)** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et

non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351, précité, consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, précité, consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, précité, consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). S'agissant plus particulièrement de la CNA, le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que celle-ci 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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, précité, consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et la référence citée). A l'inverse, si la décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**5. a)** En l'espèce, se fondant essentiellement sur le rapport médical de son médecin d'arrondissement du 14 février 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, et sur ses avis médicaux subséquents (des 16 mai 2013, 16 mai 2014 et 26 août 2014), l'intimée a considéré que les troubles lombaires du recourant ne présentaient pas un lien de causalité naturelle, même au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 11 juin 2012.

**b)** S'agissant des suites immédiates de cet accident, on retiendra que le recourant n'a consulté les médecins du Centre médical A.\_\_\_\_\_ que pour son genou gauche. Durant l'ensemble de son suivi,

aucun des rapports du Centre médical A.\_\_\_\_\_ ne posent de diagnostic en rapport avec le rachis ou ne mentionnent de douleurs à ce niveau.

Il ressort également du dossier que le recourant n'a pas fait état de troubles rachidiens lors de l'examen pratiqué le 14 février 2013 par le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée. En outre, ce médecin n'a pas mis en évidence de tels troubles.

En définitive, ce n'est visiblement qu'en fin février ou début mars 2013 que le recourant s'est plaint pour la première fois de douleurs lombaires, soit plus de huit mois et demi après son accident au genou du 11 juin 2012. On relèvera en effet que le premier examen relatif à ces douleurs date du 5 mars 2013 (radiographies lombaires face/profil au Centre médical A.\_\_\_\_\_). En outre, ce n'est que le 25 avril de cette année que le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin en charge du suivi du recourant au Centre médical A.\_\_\_\_\_, a souhaité l'adresser à ses confrères du « team rachis » pour investigation.

Au regard de ce qui précède, aucun élément objectif ne permet d'admettre que lors de son accident du 11 juin 2012 le recourant se serait blessé au dos ni qu'il aurait, dans les suites immédiates de cet événement, souffert de troubles à ce niveau. Les déclarations du recourant aux médecins du Centre médical A.\_\_\_\_\_ et de [...], manifestement subséquentes à l'examen pratiqué par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 14 février 2013, selon lesquelles, en substance, il aurait été victime d'importantes douleurs lombaires depuis son accident, n'y changent rien. Il en va de même de son affirmation selon laquelle avant son accident il n'aurait jamais souffert du dos, un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne permettant pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne pouvant être admis comme moyen de preuve (cf. consid. 3.b supra ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3).

c) S'agissant plus spécifiquement du rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 14 février 2013, la Cour de céans estime qu'il s'avère probant dès lors qu'il répond en tous points aux exigences de la jurisprudence. L'appréciation de ce médecin repose en effet sur une étude complète de la situation médicale du recourant, reprend ses déclarations, ne contient pas d'incohérences et aboutit à des conclusions motivées. Au surplus, ses avis médicaux subséquents, des 16 mai 2013, 16 mai 2014 et 26 août 2014, s'avèrent également clairs, cohérents et dans la droite ligne de son rapport, ce qui amène la Cour de céans à en suivre les conclusions.

Les pièces dont se prévaut le recourant ne sauraient changer cette appréciation.

En effet, il ressort sans ambiguïté de ces pièces que les différents médecins consultés ne font que reprendre les déclarations du recourant s'agissant du lien de causalité entre ses douleurs rachidiennes et son accident du 11 juin 2012. Tel est le cas du Dr C. \_\_\_\_\_, dans son « Certificat de licenciement » du 10 avril 2014, lorsqu'il indique que son patient « mentionne [d]es douleurs au dos [...] très fortes ces dernières années. Ces douleurs sont très intenses après la chute et le renversement [dans] les escaliers au mois de juin [...] 2012 » ou lorsqu'il précise dans son rapport médical du 14 mai 2014 qu'« à la demande personnelle du patient, on donne un avis médical supplémentaire [selon lequel] cette opération [a été] faite principalement en raison d'une forte douleur de dos, causée par une chute dans [d]es escaliers au mois de juin 2012 ». Il en va de même des Drs S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ lorsqu'ils écrivent que « le patient décrit des douleurs lombaires [...] et note que cette douleur est apparue après avoir senti un craquement dans le dos lors de sa chute de juin 2012 » ou qu'ils mentionnent que le « patient me dit qu'il n'avait pas de troubles sensitifs avant l'accident ». Quant au courrier du Dr F. \_\_\_\_\_ du 10 mars 2015, on retiendra que ce médecin n'est guère affirmatif lorsqu'il écrit que le « traumatisme a probablement perturbé un équilibre préexistant » mais s'avère en revanche catégorique lorsqu'il affirme que « six mois après cet événement [i.e. en décembre 2012], l'accident n'est plus responsable de la persistance des douleurs ».

A l'inverse, on constatera que les examens pratiqués au Centre médical A.\_\_\_\_\_ (cf. le rapport médical du 25 avril 2013 du Dr A.\_\_\_\_\_ et celui du 20 septembre 2013 des Drs S.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_) et ceux effectués en [...] (cf. « Certificat de licenciement » du 10 avril 2014) n'ont mis objectivement en évidence que des troubles lombaires, qualifiés de dégénératifs par les médecins, lesquels n'ont en outre pas retenu un lien de causalité quelconque avec l'un ou l'autre des accidents dont a été victime le recourant, singulièrement celui du 11 juin 2012.

**d)** En définitive, il n'existe aucun élément permettant de douter de l'avis émis par le médecin d'arrondissement de la CNA. Il y a donc lieu de se fonder sur celui-ci et de conclure que l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles rachidiens du recourant et son accident du 11 juin 2012 n'est pas établie, même au degré de la vraisemblance prépondérante. L'intimée était ainsi fondée, par sa décision sur opposition du 4 septembre 2014, à refuser d'allouer des prestations d'assurance au titre de séquelles tardives.

**6.** Les éléments au dossier sont clairs, dénués de contradiction et permettent à la Cour de céans de statuer. La mise en œuvre d'une expertise n'apporterait vraisemblablement aucune constatation nouvelle. L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête du recourant. En effet, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 459 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 119 V 335, précité, consid. 3c ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

**7. a)** Au regard de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**b)** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens ni au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à la CNA en tant qu'assureur social (cf. ATF 127 V 205, 126 V 143).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 septembre 2014 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 :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Christian Deneriaz, avocat (pour Q. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la 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).

Le greffier :