

VD_GERICHTE ZA15.019458 vom 15. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.019458

FR: VD_GERICHTE ZA15.019458 du 15 novembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZA15.019458 del 15 novembre 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 45/15 - 138/2017 ZA15.019458 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 15 novembre 2017 _____ Composition : Mme THALMANN, présidente Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges Greffière : Mme Pellaton ***** Cause pendante entre : C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Dérivaz, avocat à Monthey. _____ 402

- 2 - Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, de nationalité turque, sans formation, travaillait comme ferrailleur auprès de l'entreprise L. _____ SA. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Selon l'attestation du 21 mai 2014 de cet employeur, le salaire de l'assuré aurait été de 27 fr. 65 l'heure en 2013 et 27 fr. 76 en 2014, un treizième salaire de 8.3 % s'y ajoutant ainsi que des indemnités pour les jours fériés et les vacances. L'horaire de travail dans l'entreprise étant de 42.5 heures. L'assuré a été victime d'un accident en jouant au football le 20 août 2012, entraînant une fracture du plateau tibial Schatzker III à gauche traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse selon le rapport médical du 29 janvier 2013 des Drs D. _____ et N. _____ du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), ainsi qu'une incapacité totale de travailler dans son activité habituelle. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA. L'assuré a déposé une demande de mesure de réadaptation professionnelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 25 mars 2013. Par communication du 24 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dès lors que son état de santé n'était pas stabilisé et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures. Par lettre du 6 novembre 2013, L. _____ SA a informé la CNA du licenciement de l'assuré avec effet au 31 décembre 2013, au motif que suite à son accident il ne pourrait plus reprendre son activité de ferrailleur au sein de l'entreprise.

- 3 - Dans un rapport du 8 septembre 2014, le Dr V. _____, du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a observé ce qui suit : « Diagnostic : Status post-réduction ouverte, greffe de Tutoplast et ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial interne gauche de type Schatzker III le 3 septembre 2012. Status poste-AMO [ablation du matérielle d'ostéosynthèse] partielle du tibia proximal gauche le 25 novembre 2013. Le patient a été vu pour la dernière fois en consultation le 15 juillet 2014. Lors de cette dernière consultation le patient disait garder passablement de douleurs, essentiellement au niveau

interne et antérieur lors de la marche et de la position assise prolongée. Cliniquement le genou était sec et les cicatrices en ordre, le status neurologique également normal. La flexion/ extension était complète et non-douloureuse. La palpation en externe des deux vis restantes était légèrement sensible et le patient présentait également des douleurs à la palpation de l'interligne fémoro-tibiale interne. Il n'y avait par contre pas de douleurs à la palpation des insertions proximales et distales du LLI. L'examen du genou présentait également une laxité de 5° environ en stress en Valgus, le genou à 30° de flexion. Le rabot était ressenti comme légèrement douloureux. Une IRM effectuée en janvier 2014 ainsi qu'un arthro-CT effectué en février 2014 montraient une reconstruction correcte du plateau externe bien qu'il persiste une irrégularité dans sa partie antérieure. Présence également d'une chondropathie rotulienne débutante. Au niveau du compartiment interne pas de [lésion] chondrale ni méniscal[e]. Monsieur C. _____ présente donc des séquelles douloureuses d'une fracture du plateau tibiale gauche de type Schatzker III, ostéosynthésée en septembre 2012. Nous n'avons pour l'heure pas d'autre proposition chirurgicale à faire à Monsieur C. _____ et il reste pour l'heure dans l'attente d'une décision de la Suva par rapport à la suite de son avenir professionnel. » L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

- 4 - traumatologie de l'appareil locomoteur, le 25 septembre 2014. Son appréciation du cas est la suivante : « [...] Le traitement a été chirurgical par réduction sanglante, ostéosynthèse et greffe osseuse le 10.09.2012. L'AMO a été réalisée le 02.10.2013 et 2 vis inter-fragmentaires n'ont pas été retirées. L'évolution est défavorable. Le patient n'a pas repris d'activité professionnelle. Subjectivement, il annonce des douleurs de repos, des douleurs météo-dépendantes, des douleurs vespérales, des douleurs de mise en route et des douleurs mécaniques à la marche limitant son périmètre de marche à plat à 15-20 minutes et des douleurs lors de la station statique debout qui est limitée à 10 minutes. Elles se situent à la face antéro-externe du genou et irradient à la face antéro-externe de la cuisse et de la jambe. Il a une sensation de lâchage avec des épisodes qui surviennent 2 à 3x/semaine, sans chute. Objectivement, on constate une marche harmonieuse et sans boiterie, des phases du pas conservées, un morphotype des membres inférieurs physiologique, une marche talon/pointe et une station unipodale D/G [droite/gauche] aisées. Le sautillement G n'est pas réalisable. L'accroupissement est limité. Le genou est calme, sans épanchement intra-articulaire. La mobilité est pratiquement totale. La stabilité sagittale et en varus est conservée. On note une très discrète laxité en valgus à 20° de flexion. Les signes d'atteintes méniscales sont négatifs. La palpation du compartiment externe et de la métaphyse tibiale externe du genou est douloureuse. Une amyotrophie de la cuisse est présente à gauche. Un bilan par imagerie (arthro-CT et IRM du genou) réalisé en janvier- février 2014 a démontré l'absence de lésion méniscale interne et externe et une intégrité du compartiment interne. Une chondropathie rotulienne débutante et un status après ostéosynthèse du plateau tibial externe D avec une irrégularité de la partie antérieure du plateau tibial dans le cadre d'une reconstruction globalement correct du plateau a été mise en évidence. Sur le plan médical, la situation peut à présent être considérée comme suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles lésionnelles. Les suites de l'accident nécessitent un suivi médical espacé à long terme (1 à 2 consultations par année) et des mesures ponctuelles d'antalgie. Il n'y a pas de traitement de physiothérapie ni de traitement chirurgical à court terme susceptible de l'améliorer de manière notable. On ne peut cependant pas exclure que l'indication à un traitement chirurgical soit retenue à moyen ou long

- 5 - terme (ostéotomie de correction ou mise en place d'une prothèse du genou). Sur le plan asséculogique, un retour durable vers une pleine capacité dans son activité n'est pas envisageable. Le patient peut, par contre, mettre en valeur une pleine capacité de travail (horaire et rendement) dans une activité adaptée avec les limitations suivantes : position de travail alternée assise/debout, déplacement en terrain plat, pas de travail à genou ou accroupi et port de charges limité à 20-25 kg de manière non répétitive. » Par ailleurs, le Dr B. _____ a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), auquel l'assuré avait également droit, à 5 %, soit le taux inférieur attribué à une arthrose fémoro-tibiale de gravité moyenne (5-15 %), selon la table 5 des barèmes établis par la CNA. La situation du patient, en tenant compte d'une aggravation prévisible, correspondait en effet, selon ce praticien, à une atteinte de telle gravité. Il ressort d'un entretien téléphonique entre la CNA et l'OAI du 10 novembre 2014, que le préjudice économique selon l'OAI était de 14 % et que pour cette raison aucune mesure d'ordre professionnel ne serait mise en place. Par courrier du 12 novembre 2014, la CNA a informé l'assuré que, ce dernier n'ayant plus besoin de traitement, il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2014. Seraient encore pris en charge le suivi médical espacé (1 à 2 consultations par an) et des mesures ponctuelles d'antalgie. La CNA a listé 90 descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) et en a retenu cinq à savoir : - employé à la stérilisation (n° 9094) pour un salaire annuel moyen de 55'896 fr., ce poste n'exigeant notamment que rarement le port de charges de 5 à 10 kg, - collaborateur de production ayant pour fonction contrôleur de qualité (n° 10960144) pour un salaire annuel moyen de - 6 - 56'550 fr., ce poste n'exigeant notamment que rarement le port de charges jusqu'à 5 kg, - collaborateur de production ayant pour fonction employé de production (n° 470134) pour un salaire annuel moyen de 58'851 fr., ce poste n'exigeant notamment que rarement le port de charges de 5 à 10 kg, - collaborateur de production ayant pour fonction contrôle/préparation/livraison (n° 594555) pour un salaire annuel moyen de 59'800 fr., ce poste n'exigeant notamment que rarement le port de charges de 10 à 25 kg, - fabricant d'instruments de mesure ayant pour fonction montage général-poste de mesure (n° 8449) pour un salaire annuel moyen de 62'050 fr., ce poste n'exigeant notamment que rarement le port de charges de 5 à 10 kg, Dans une note du 22 décembre 2014, la Division prestations d'assurance de la CNA a retenu un revenu sans invalidité de l'assuré d'un montant mensuel de 5'536 fr. en 2014 (27 fr. 76 x 42.5 x 52 + 8.3 % : 12). Concernant les DPT 2014, elle a calculé un revenu mensuel de 4'885 fr. (58'629 fr. 40 : 12). Par décision du 7 janvier 2015, la CNA a alloué à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de 571 fr. 80 correspondant à un degré d'invalidité de 12 % à compter du 1er janvier 2015. Il ressortait des investigations, notamment sur le plan médical, que l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position alternée assise/debout, avec déplacement en terrain plat, pas de travail à genou ou accroupi et port de charges limité à 20-25 kg de manière non-répétitive. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu de 4'885 fr. par mois (12 fois). Comparé au gain de 5'536 fr. par mois qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 11.75 %. Le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base de données - 7 - salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT). Quant à l'IPAI, elle était de 6'300 fr., sur la base d'un taux de 5 %. L'assuré s'est opposé à cette décision le 6 février 2015. Dans un complément à son opposition du 26 mars 2015, il a estimé que le revenu d'invalidité était trop élevé, compte tenu de son absence de formation et

des limitations conséquentes qu'il présentait. Selon lui, le salaire théorique maximum était celui d'un employé de parking, à hauteur de 47'000 fr. par an, ce qui entraînait une incapacité de gain de 25 %. L'IPAI devait quant à elle être fixée à 15 %. La CNA a rendu une décision sur opposition le 8 avril 2015, confirmant la décision contestée. B.

C. _____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, recouru contre la décision précitée le 12 mai 2015, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée soit tenue de lui verser une rente d'invalidité liée à une incapacité de gain d'au moins 25 %, ainsi qu'une IPAI tenant compte d'une diminution de l'intégrité de 15 %, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Le recourant considère pour l'essentiel que le revenu d'invalidité a été surestimé par l'intimée. Par réponse du 3 juin 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Par ordonnance du 22 juillet 2015, la juge instructrice a suspendu la cause à la demande du recourant qui souhaitait mettre en œuvre une expertise privée. Par écriture du 14 juillet 2016, le recourant a produit l'expertise précitée. Il a précisé notamment qu'il n'avait toujours pas la possibilité d'exercer une activité lucrative, tant les douleurs qu'il

- 8 - ressentait étaient présentes. Il maintenait les conclusions prises à l'appui de son recours. L'expertise a été mise en œuvre par le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur la base d'un examen clinique du 3 décembre 2015, du dossier médical complet de la CNA, ainsi que du dossier radiologique de l'hôpital [...] et du CHUV. On extrait de son rapport, du 5 janvier 2016, ce qui suit : « Diagnostic(s) : • Status après fracture-enfoncement du plateau tibial externe gauche, de type Schatker III, en date du 20.08.2012. • Status après réduction, greffe et ostéosynthèse de cette fracture du plateau tibial externe gauche, le 03.09.2012. • Status après ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la plaque et de ses vis du tibia proximal gauche, le 25.11.2013. • Douleurs persistantes, essentiellement à la charge, avec limitation fonctionnelle, sur incongruence articulaire persistante de la moitié antérieure du plateau tibial externe gauche. DISCUSSION [...] Une fois la fracture reconnue, le traitement qui a été effectué me paraît tout à fait correct. Cependant comme souvent lors de ces fractures du plateau tibial externe intraarticulaire et multifragmentaire, il n'a pas été possible de remonter complètement le fragment impacté, ni d'aboutir à une surface articulaire tout à fait congruente. Tout le dossier radiologique confirme ces faits, mais pour le moment, heureusement, ceci n'induit pas d'arthrose secondaire importante de ce compartiment fémoro-tibial externe. Par contre, cette incongruence articulaire, ainsi que les cicatrices dues à cet accident et aux interventions chirurgicales, expliquent tout à fait les plaintes ressenties par le patient. Il y a aussi une petite laxité postéro-externe perdurant en légère flexion, qui doit contribuer à la limitation fonctionnelle lors des déplacements à plat, en montée et vraisemblablement surtout en descente. Malheureusement en l'état actuel, comme l'ont mentionné mes confrères, je ne pense pas qu'une nouvelle intervention chirurgicale

- 9 - sera à même d'améliorer la situation. Ces séquelles sont définitives et vu le délai depuis l'accident et les interventions chirurgicales, il est vraisemblable que les phénomènes d'adaptation et d'accoutumance sont également tous survenus. Ceci implique que le patient va devoir vivre avec ce léger handicap, jusqu'à la fin de ses jours. Pour le moment et pour maintenir la situation, un AINS et/ou un antalgique mineur en réserve doivent être laissés à M. C. _____. Des contrôles réguliers à raison de 1-2 fois par année se justifient aussi, pour s'assurer que la complication tardive, sous forme d'une arthrose fémoro-tibiale externe,

n'apparaît pas trop rapidement. Pour ce qui est de la physiothérapie, je ne suis pas aussi affirmatif que le Dr B. _____ quant à son inutilité. En fonction des plaintes, il peut se discuter 1-2 x 9 séances par année de massages antalgiques, avec petit travail de tonification, pour maintenir la musculature. Le but est aussi d'éviter que l'atrophie ne s'aggrave au niveau quadricipital, ceci risquant d'entraîner une fatigabilité plus rapide et un moins bon effet amortissant. A moyen-long terme, comme l'a mentionné le médecin d'arrondissement, si une gonarthrose externe apparaît, il est évident qu'un traitement plus intensif devra être repris, qui peut se solder par une ostéotomie de varisation versus une hémiprothèse, voire prothèse totale de cette articulation. Cependant en l'état actuel, il est impossible d'être précis quant à la survenue de cette complication tardive et en conséquence de tous les traitements qui seront réellement indispensables à ce moment- là. C'est pourquoi une réévaluation sera peut-être nécessaire en temps voulu. Sur le plan professionnel et au vu des séquelles du plateau tibial externe, il est clair qu'une activité debout toute la journée, nécessitant le port de charges lourdes et sur des terrains irréguliers, est totalement proscrite. On ne peut donc pas exiger de M. C. _____ qu'il reprenne son ancien métier de ferrailleur, activité lourde nécessitant des ports de charges pouvant aller à plus d'une tonne par jour. On ne peut non plus exiger de lui tout autre travail dans la construction, tel que terrassier, maçon ou autre. C'est pourquoi, je rejoins l'avis du Dr B. _____, qui estimait que seule une activité en position semi-assise, sans déplacement trop fréquent, sans montée et descente de pente ou d'escalier de manière répétitive et sans port de charge de manière régulière, est envisageable. La seule petite différence avec mon confrère concerne le port de charge, car il estimait que ce dernier pouvait aller jusqu'à 20-25 kg, ce qui me paraît beaucoup. Personnellement, il me semble

- 10 - souhaitable de ne pas dépasser un port de charge de 10 kg de manière répétitive. En conséquence, ceci implique que le patient doit retrouver une activité plutôt d'établi, vu son bagage professionnel et son manque de maîtrise de la langue française orale et surtout écrite. On ne peut pas le recycler comme employé de bureau. Par contre des activités telles qu'aide-horloger, aide- micromécanicien ou équivalent sont tout à fait envisageables. Pour ce qui est du rendement, la SUVA estime que ce dernier doit être complet, alors que l'AI admet quand même une diminution de 10 %. Vu les douleurs de repos, j'aurai plutôt tendance à aller dans le sens de l'assurance invalidité, car je pense que le jour où M. C. _____ retrouvera une activité adaptée, il aura besoin de temps en temps d'une pause un peu plus longue que normalement, pour soulager ses douleurs de repos. Finalement en ce qui concerne l'IPAI, le médecin d'arrondissement a reconnu un 5 %, se basant sur le bas de la fourchette d'une arthrose moyenne selon la table 5 de la SUVA. En l'état actuel et pour l'arthrose, ceci me paraît correct. On pourrait admettre 1-2 % de plus compte tenu de l'association avec une petite laxité postéro- externe qui vient se surajouter, même si selon la table 6 de la SUVA l'atteinte d'un ou des deux ligaments latéraux, lorsqu'elle est modérée, vaut en principe 0 %. Il faut aussi mentionner que cette IPAI peut et risque de s'aggraver au long cours, si la complication tardive sous forme d'une gonarthrose secondaire survient. C'est pourquoi le moment venu, ceci devra être réévalué, car selon la table 5 de la SUVA, elle peut aller jusqu'à 30 % d'IPAI. » Par courrier du 7 juin 2016 adressé au mandataire du recourant, le Dr K. _____ a confirmé notamment que l'IPAI, le jour de l'expertise, se situait selon lui au maximum à 7 %. Par écriture du 5 septembre 2016, l'intimée a déclaré maintenir ses conclusions. Elle a considéré que l'avis du Dr K. _____ n'apportait pas d'élément véritablement nouveau qui conduiraient la CNA à revenir sur la décision litigieuse. Sur demande de la juge instructrice, l'OAI a produit son dossier. Il en résulte en

particulier les pièces suivantes :

- 11 - - un rapport de l'employeur L. _____ SA du 25 avril 2013 mentionnant un salaire horaire en 2013 de 27 fr. 65 auquel s'ajoutaient un treizième salaire ainsi que des indemnités pour jours fériés et vacances ; - une feuille de calcul effectué par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI qui a calculé le revenu avec invalidité en se référant aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) en 2010 et en particulier au tableau TA1 pour un homme, niveau de qualification 4, indexé à 2013. Il a obtenu ainsi le montant de 62'856 fr. 96 qu'il a réduit de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, le revenu avec invalidité étant de 56'571.27. Après comparaison de ce revenu avec celui sans invalidité de 66'453 fr, la perte de gain s'élevait à 14.87 % ; - une décision rendue le 19 janvier 2015 par l'OAI niant le droit du recourant à une rente d'invalidité dont il résulte notamment ce qui suit : « Depuis le mois de septembre 2014, une capacité de travail de 100 % est médicalement justifiée. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, frs 62856.- par année, part au 13ème salaire comprise. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles vous sont accessibles malgré vos atteintes à la santé (ATFA du 6.3.03 réf. I 419/02, ATFA du 2.4.03 réf. I 339/02). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par

- 12 - exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid.5b/CC). Dans votre cas, un abattement de 10 % au maximum sur le revenu d'invalidé pourrait se justifier. Le revenu d'invalidé ainsi calculé est donc de frs 56571.3.-. Comparé à celui auquel vous auriez pu prétendre en poursuivant votre activité de ferrailleur, soit 66453.-, il ressort un préjudice de 14.9 % taux qui n'est pas plus suffisant pour vous ouvrir droit à une rente de notre assurance ni à des mesures d'ordre professionnel. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée ; les conditions générales d'assurance ne sont pas remplies pour la rente limitée dans le temps. » Dans leurs déterminations respectives des 18 janvier 2017 pour le recourant et 9 février 2017 pour l'intimée, les parties ont confirmé les conclusions. Les arguments des parties seront repris pour le surplus dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance- accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à

recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours

- 13 - (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA- VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du Tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte en l'espèce sur le taux d'invalidité déterminant pour fixer le montant de la rente d'invalidité de l'assurance- accidents, en particulier sur l'évaluation de revenu avec invalidité et le degré de l'IPAI, les aspects purement médicaux du dossier (diagnostics et répercussions sur la capacité de travail) n'étant quant à eux pas contestés. c) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ;

- 14 - 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserves 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. En vertu 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. b) La date d'ouverture du droit à la rente a été fixée au 1er janvier 2015. Il convient d'admettre, à l'instar de l'intimée, que l'état de santé était stabilisé à cette date-là. Cette stabilisation (qui renvoie à la première condition posée à l'art. 19 al. 1 LAA) se déduit notamment du rapport du Dr V. _____ du 8 septembre 2014, qui déclare

ne pas avoir

- 15 - d'autre proposition chirurgicale à faire, ainsi que du rapport du 29 septembre 2014 du Dr B. _____ qui estimait la situation suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles lésionnelles. Le recourant ne conteste au demeurant pas cette évaluation. Quant à la seconde condition relative aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, elle est également réalisée, dès lors que l'OAI a retenu un préjudice économique trop faible pour ouvrir le droit à de telles mesures. c) Il a été unanimement reconnu par les médecins intervenus au dossier le diagnostic de fracture du plateau tibial externe gauche Schatzker III survenu lors de l'accident en cause. Le Dr K. _____ a ensuite retenu en janvier 2016 les diagnostics suivants : status après fracture- enfoncement du plateau tibial externe gauche, de type Schatzker III, en date du 20 août 2012 ; status après réduction, greffe et ostéosynthèse de cette fracture du plateau tibial externe gauche, le 3 septembre 2012 ; status après ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la plaque et de ses vis du tibia proximal gauche, le 25 novembre 2013 et douleurs persistantes, essentiellement à la charge, avec limitation fonctionnelle, sur incongruence articulaire persistante de la moitié antérieure du plateau tibial externe gauche. Ces diagnostics concordent avec ceux posés par les Drs V. _____ et B. _____. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'intimée a retenu, sur la base des conclusions du Dr B. _____, que le recourant devait pouvoir alterner la position assise et debout, se déplacer en terrain plat, ne pouvait pas travailler à genou ou accroupi et ne pouvait porter des charges de plus de 20-25 kg de manière répétitive. Le Dr K. _____ s'est déclaré d'accord avec le Dr B. _____, à la seule différence qu'il a estimé que le port de charge ne devrait pas dépasser 10 kg de manière répétitive. Cette légère divergence n'a toutefois pas d'incidence sur les activités réputées adaptées à l'état de santé du recourant dès lors qu'aucun des postes retenus dans le cadre des DPT n'implique le port de charge de plus de 10 kg de manière répétitive.

- 16 - Quant à la baisse de rendement de 10 % mentionnée par le Dr K. _____, elle ne permet pas de retenir une capacité de travail réduite. En effet, ce médecin n'est pas catégorique quant au fait qu'il faudrait en tenir compte et elle n'est pas confirmée par le Dr B. _____. De plus, le Dr K. _____ fait référence à l'évaluation de l'assurance-invalidité, qui retient une capacité de travail de 100 %, mais par ailleurs une réduction de 10 % sur le revenu d'invalidité afin de tenir compte des circonstances particulières du cas (en l'occurrence les limitations fonctionnelles). Or, dans le cadre des DPT, il n'y a pas lieu d'opérer une telle réduction sur le revenu d'invalidité, dès lors qu'elles tiennent déjà compte de la situation particulière du recourant (cf. infra consid 4d). Au vu de ce qui précède, l'évaluation médicale sur laquelle s'est fondée l'intimée, au demeurant non contestée par le recourant, peut être entièrement confirmée. 4. Il convient ainsi d'examiner la question du calcul du préjudice économique subi par le recourant, en particulier la détermination du revenu qu'il pourrait obtenir malgré son invalidité (revenu d'invalidité). a) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d ; 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté,

une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple

- 17 - transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010 consid. 2). La notion de marché équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de

- 18 - comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 arrêt du 10 juin 2009, consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). c) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser si elle était en bonne santé ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 287 consid. 5.1 et 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2 et 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). L'intimée a fixé le revenu sans invalidité à 5'536 fr. par mois en 2014, se fondant sur les données fournies par l'employeur (soit un salaire horaire de 27 fr. 74 x 42 h 30 par semaine x 52 semaines + 8.3 % correspondant au 13e salaire / 12 mois). Le recourant ne conteste à juste titre pas ce montant. d) Pour fixer le revenu d'invalide, il convient de se fonder sur un revenu

hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS, ou en fonction des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013

- 19 - consid. 3.3). L'intimée s'est en l'espèce fondée sur les données résultant des DPT. Le recourant conclut à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 25 % au moins sur la base d'un revenu d'invalidé beaucoup moins élevé que celui retenu par l'intimée. Il considère en effet que les activités réalisables au vu de ses limitations fonctionnelles sont celles notamment d'un employé de parking. Les revenus d'une telle activité avoisinent selon lui 47'000 fr. par année, 13e salaire compris. Les « autres professions » susceptibles d'être compatibles avec son handicap avoisineraient aussi ces revenus. Le recourant ne produit toutefois aucune pièce médicale ou découlant d'une évaluation professionnelle venant étayer son point de vue. Il ne décrit pas ce que pourraient être les « autres professions » ni sur quelle base il en détermine le salaire. Quoiqu'il en soit, il ne lui appartient pas de définir lui-même quelles sont les professions qu'il pourrait exercer, mais à des organes spécialisés et à des médecins. Sa position ne peut dès lors être suivie. L'OAI a calculé le taux d'invalidité en se fondant sur l'ESS. Comme exposé supra, l'intimée n'était toutefois pas liée, étant fondée à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité du recourant. Dans ce cas, l'autorité de recours doit examiner la légalité de la décision administrative, afin de déterminer si l'évaluation de l'invalidité par l'intimée a été réalisée de façon conforme au droit (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type

- 20 - de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). On précisera encore que c'est la moyenne des salaires moyens issue des DPT qui est déterminante pour calculer le gain d'invalidé (TF 8C_149/2012 du 16 mai 2012 consid. 2.2). En l'occurrence, l'intimée a listé 90 DPT et en a sélectionné cinq, comme collaborateur de production (trois postes, soit contrôleur de qualité, employé de production et un poste de contrôle, préparation, livraison), employé à la stérilisation et fabricant d'instruments de mesure. Aucun de ces postes n'implique de manière répétitive le port de charges de plus de 10 kg, de marche en terrain accidenté, de montées de marches (rarement

pour le poste d'employé de production) ou d'échelles, de travail à genou ou accroupi. Ils respectent également la condition de l'alternance des positions. Les cinq DPT sélectionnées par l'intimée peuvent ainsi être considérées comme adaptées au handicap du recourant. Elles ne requièrent par ailleurs aucune formation préalable. La moyenne des salaires de ces cinq types de postes, et donc le revenu d'invalidité, était de 58'629 fr. 40 par an en 2014. Ce revenu, comparé au revenu sans invalidité de 66'432 fr. par an, entraîne une perte de gain de 11.75 %, arrondi à 12 % par l'intimée.

- 21 - Au vu des éléments qui précèdent, il est constaté que l'évaluation de l'invalidité par l'intimée est conforme au droit. Aucun rapport médical au dossier ne conteste les conclusions du médecin d'arrondissement. Les DPT sont compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, ce qu'il ne conteste en soi pas. Le choix de l'intimée de s'y fonder et ainsi de s'écarter de l'évaluation de l'assurance- invalidité, comme elle en a la possibilité, ne prête pas flanc à la critique et le calcul du degré d'invalidité est correct. e) Par surabondance, on remarquera que même si l'on se fondait sur l'ESS, la solution ne serait pas plus favorable. En effet, le montant du salaire sans invalidité mentionné par l'OAI est de 66'453 fr. par an. En ce qui concerne l'ESS, l'OAI s'est fondé sur celle réalisée en 2010 en indexant le revenu obtenu en 2013. Si l'on se fonde sur l'ESS 2012 (dont l'OAI n'avait probablement pas connaissance lorsqu'il a rendu sa décision), le revenu d'invalidité doit être arrêté à 59'070 fr. pour un 100 %, ([ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1 pour les hommes : 5'210 fr], adapté à un horaire hebdomadaire moyen de 41.7 h [soit 5'431 fr. 43 par mois et 65'177 fr. 10 par an ; cf. OFS, Statistique de la durée normale de travail dans les entreprises], majoré de 0.7 % pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 [soit 65'633 fr. 35] et tenant compte d'un taux d'abattement de 10 %). La comparaison de ces revenus aboutit au taux d'invalidité de 11.11 %, ([{66'453 fr. - 59'070 fr.} x 100] /66'453 fr.). 5. Dans un second grief, le recourant soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité arrêté par l'intimée à 5 % est insuffisant, estimant qu'il devrait être fixé à 15 % au moins « compte tenu de la gravité de l'affection du plateau tibial ». a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-

- 22 - accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2). Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à

l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 221 consid. 4b et les références). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une «

- 23 - règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) Se fondant sur les tables d'indemnisation de la CNA, le Dr B. _____ a évalué l'atteinte à l'intégrité du recourant à 5 %. Il s'est pour cela appuyé sur les données ressortant de son examen. Le recourant ne fournit aucune pièce médicale de nature à remettre en cause cette appréciation. Le Dr K. _____ s'est déclaré d'accord avec le Dr B. _____. Il a certes considéré que l'on « pourrait admettre » 1 ou 2 % de plus compte tenu de l'association avec l'arthrose d'une petite laxité postéro- externe. Au vu des termes utilisés il ne s'agit toutefois que d'une possibilité, qui ne suffit pas à remettre en cause l'évaluation du Dr B. _____, lequel expose de manière claire et convaincante les motifs de ses conclusions. 6. Au vu des considérants qui précèdent, la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée, ce qui entraîne le rejet du recours. Le recourant ne peut prétendre à des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs,

- 24 - la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. 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 8 avril 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Laurent Damond, avocat (pour C. _____), - Me Olivier Dérivaz, 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

- 25 - être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.