

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 153 vom 15. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__153

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 153 du 15 avril 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 153 del 15 aprile 2020

Regeste

ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, LÉSION DE L'ÉPAULE, RECHUTE, EXPERTISE | 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 61 let. c LPGA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.04.2020 Arrêt / 2020 / 153

ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, LÉSION DE L'ÉPAULE, RECHUTE, EXPERTISE | 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 61 let. c LPGA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 134/19 - 43/2020 ZA19.043501 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 15 avril 2020 _____ Composition : M. Métral , président M. Neu et Mme Feusi, juges Greffière : Mme Juillerat Riedi ***** Cause pendante entre : Y. _____ , à [...], recourante, et J. _____ , à [...], intimée, _____ Art. 6 al. 1 LAA, 4 et 61 let. c LPGA, 11 OLAA E n f a i t : A. a) Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1992, travaille comme éducatrice sociale pour le compte de [...] à [...]. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) auprès de J. _____ (ci-après : l'intimée). Le 2 mars 2018, Y. _____ a fait un mouvement brusque avec son bras droit en aidant une résidente qui glissait de son lit de douche et a ressenti des douleurs. Elle n'a pas consulté de médecin après cet événement, qui n'a ainsi pas entraîné d'incapacité de travail. En raison de douleurs persistantes à l'épaule, l'assurée – par l'intermédiaire de son employeur – a annoncé cet accident à J. _____ le 20 avril 2018 et a consulté le 24 avril 2018 le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne. Le 26 avril 2018, l'assurée a subi une échographie de l'épaule droite, effectuée au Centre d'Imagerie Médicale du Chablais. Le rapport établi le même jour par le Dr [...] fait mention d'une douleur de l'épaule droite post-traumatique sans limitation fonctionnelle et conclut à un aspect échographique normal de l'épaule, avec l'indication que « si la clinique devait persister, un complément de bilan par IRM [imagerie par résonance magnétique] pourrait être contributif ». En date du 4 mai 2018, l'assurée a répondu à un questionnaire envoyé par J. _____, dans lequel elle a indiqué qu'en aidant un collègue à relever une patiente qui avait glissé, elle avait fait un mouvement brusque avec son épaule droite et avait chuté en arrière contre la baignoire, mentionnant entre parenthèses qu'elle venait de guérir d'une bursite. Le 30 mai 2018, une IRM de l'épaule droite de l'assurée a été effectuée au Centre d'Imagerie Médicale du Chablais. Le rapport médical établi le même jour retient une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne isolée, avec la précision qu'il n'y avait pas d'autre anomalie franche, notamment tendineuse. Le 3 juillet 2018, le Dr Z. _____ a complété un « rapport médical initial LAA » soumis par J. _____. Il a indiqué que lors de la

consultation du 24 avril 2018, il avait constaté des douleurs à la palpation de la face antérieure de l'épaule, sans limitation fonctionnelle, que sa patiente souffrait d'une contusion à l'épaule droite, que les lésions étaient en lien de causalité avec l'accident et n'avaient donné lieu à aucun traitement spécifique et que le traitement avait pris fin le 31 mai 2018. b) Y. _____ a été en incapacité de travail du 13 janvier au 20 janvier 2019 en raison de douleurs à l'épaule droite. Le 14 janvier 2019, une nouvelle échographie de l'épaule droite de l'assurée a été effectuée au Centre d'Imagerie Médicale du Chablais. Le rapport établi le même jour indique ce qui suit, sous la rubrique « Conclusion » : Pas de déchirure transfixiante évidente de la coiffe. Par contre, élément de tendinobursite chronique en particulier en région de la bourse sous-acromiale. Intérêt éventuel d'une infiltration écho-guidée si la clinique l'exige. Par contre, ces épisodes de lâchage spontanés allégués par la patiente sans contrôle ne semblent pas être en corrélation avec cette tendinopathie. Autre origine au niveau des racines cervicales ? Le 18 janvier 2019, l'assurée a subi une infiltration de l'épaule droite au Centre d'Imagerie Médicale du Chablais. Donnant suite à une demande de renseignement de J. _____, le Dr Z. _____ a notamment indiqué, le 28 janvier 2019, que les douleurs à l'épaule étaient réapparues chez sa patiente dès novembre 2018 sans limitation fonctionnelle, que la tendinobursite sous-acromiale de l'épaule droite dont souffrait sa patiente était d'origine traumatique, qu'après un traitement médicamenteux à base d'antalgiques et d'AINS, associé à de la physiothérapie, la situation s'était nettement améliorée avec la disparition complète des douleurs à l'épaule droite, que l'infiltration sous contrôle ultrasonique du 18 janvier 2019, puis l'injection d'une ampoule de Kenacord retard avaient entraîné la disparition instantanée des douleurs, qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'avait joué un rôle dans l'évolution du cas et que le traitement était désormais terminé. Dans un questionnaire qui lui a été soumis par J. _____, l'assurée a indiqué, le 22 février 2019, qu'elle n'avait pas été victime d'un nouvel accident, que les douleurs n'avaient en réalité jamais disparu totalement jusqu'à l'infiltration du 18 janvier 2019 et qu'elle n'avait jamais souffert de troubles à l'épaule droite avant l'événement en question. Le 3 mai 2019, le Dr N. _____, médecin-conseil de J. _____ et spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que les troubles ayant donné lieu au traitement entrepris en janvier 2019 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 2 mars 2018 et que la date du stato quo devait être fixée à quatre mois après l'accident. B. Par décision du 22 mai 2019, J. _____ a refusé la prise en charge des troubles à l'épaule droite de son assurée au-delà du 2 juillet 2018, au motif qu'il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que ceux-ci soient en relation de causalité avec l'événement survenu le 2 mars 2018. Par courrier adressé à J. _____ le 27 mai 2019, le Dr Z. _____ a indiqué que les troubles dont avait souffert l'assurée dès novembre 2018 constituaient bien une rechute de l'accident de mars 2018, qu'il s'agissait en effet de la même pathologie, soit une tendinobursite sous acromio-deltoïdienne devenue chronique dix mois après l'accident, et qu'il y avait bien concordance entre les images radiologiques et les symptômes décrits par la patiente. Par acte du 21 juin 2019, l'assurée a fait opposition à la décision du 22 mai 2019, relevant en particulier que les douleurs n'avaient jamais disparu et que la bursite en question était apparue à la suite de cet accident. Sur requête de J. _____, le Dr N. _____ a rendu un rapport médical le 14 juillet 2019. Il y a mentionné, dans les antécédents de l'assurée, un événement survenu le 8 mars 2017, lorsqu'un résident de la Fondation [...] lui aurait « tordu » le bas droit. L'échographie de l'épaule, faite le lendemain, n'avait alors pas montré de lésion traumatique, mais uniquement une ébauche de bursite sous-acromiale. La

patiente avait subi un traitement conservateur et a été en incapacité de travail pendant cinq jours. Sous la rubrique « Appréciation du cas », le Dr N. _____ a par ailleurs indiqué ce qui suit : Le 2 mars 2018, cette assurée a peut-être subi une contusion bénigne de son épaule droite, éventuellement un traumatisme par étirement. L'aspect bénin du traumatisme est corroboré par un long délai avant de consulter (6 semaines), accessoirement par la non nécessité, cette fois, d'une interruption du travail. L'échographie faite en mai 2018 n'a montré aucun stigmate d'hyperémie tissulaire, susceptible de faire évoquer une lésion structurelle aiguë ou sub-aiguë (exemple, déchirure). Quant à l'IRM, elle a tout au plus révélé une discrète bursite. La contusion fut traitée par des mesures conservatrices, permettant la résolution des symptômes courant 2018. Une contusion/entorse bénigne de l'épaule cesse de déployer ses effets après quelques jours, voire après quelques semaines (4-6). Une extension de ce délai peut être théoriquement admise en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, troubles susceptibles de ralentir la récupération fonctionnelle (4-6 semaines supplémentaires). Aussi, le lien de causalité naturelle entre l'événement survenu le 2 mars 2018 et la rechute annoncée fin 2018/début 2019 est hautement, voire très hautement, improbable. Le bilan du moment a mis en évidence une bursite sous-acromiale, décrivant aussi des stigmates d'une enthésopathie du sus-épineux, reflet très probable d'une pathologie de surmenage/dégénérative. Je rappelle que les pathologies d'usure de la coiffe des rotateurs sont fréquemment accompagnées d'une bursite de voisinage, irritatives, bursite qui peut aussi refléter un conflit sous-acromial dans le cadre d'une dysfonction biomécanique chronique. Dans ces conditions, je n'ai pas d'argument pour revenir sur le délai admissible (3 mois) de résolution des symptômes après la contusion/entorse bénigne de l'épaule survenue le 2 mars 2018. Par décision sur opposition du 5 septembre 2019, J. _____ a rejeté l'opposition formée par Y. _____ et maintenu sa décision du 22 mai 2019, sans allouer de dépens. Elle a retenu que l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et les lésions constatées en janvier 2019 ne pouvait pas être qualifiée de probable, considérant en substance que le fait que les douleurs n'aient pas totalement disparu après trois mois malgré les traitements entrepris ne pouvait à lui seul conduire à retenir la nature post-traumatique de ces symptômes, que l'assurée avait pu continuer à travailler à la suite de l'accident malgré une profession relativement lourde pour les membres supérieurs, que le traitement initial avait été uniquement conservateur avec prise de quelques médicaments, que l'échographie du 14 janvier 2019 mentionnait l'apparition d'une tendinobursite chronique qui n'apparaissait pas sur l'échographie du 26 avril 2018 et qu'il était admis par la jurisprudence que le médecin traitant de l'assurée – en l'occurrence le Dr Z. _____ – était généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, rendant ses constats moins probants. Selon elle, il importait peu, en définitive, de savoir si l'on devait considérer que les troubles avaient persisté entre avril 2018 et janvier 2019 ou que les lésions en cause étaient des séquelles tardives. C. Par acte du 2 octobre 2019, Y. _____ a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens que J. _____ continue à prendre en charge les suites de son accident du 2 mars 2018. Elle a relevé que son épaule se portait très bien avant son accident du 2 mars 2018, qu'entre juillet et novembre 2018, elle avait continué à se rendre au travail malgré ses douleurs, qu'elle évitait alors tout effort avec son épaule, ses collègues prenant le relai en cas de besoin, et qu'actuellement elle ressentait toujours une gêne au niveau de l'épaule lors de certains mouvements. Elle a produit un nouveau rapport médical du Dr Z. _____ du 1^{er} octobre 2019, dont la teneur est la suivante : [...] Or, il s'agit bien de la même pathologie décrite par l'IRM du 30.05.2018 et de l'échographie du 14.01.2019. On voit souvent dans

notre pratique des cas de contusions de l'épaule qui, parfois, aboutissent à des déchirures tendineuses avec des patients qui ne consultent pas et poursuivent leur activité professionnelle malgré tout. Les douleurs peuvent cesser quelque temps et réapparaître spontanément et/ou à la suite d'un effort. Cette situation est assez fréquente chez ces patients qui, malgré leur handicap, poursuivent leurs activités en utilisant les capacités articulaires énormes de leurs épaules. On ne va quand-même reprocher à la patiente de ne pas avoir arrêté de travailler et trouver ce prétexte pour minimiser la rechute, ce serait injuste de ne pas la quitter, nous médecins ainsi que les assurances qui oeuvrons pour le moins d'incapacité de travail possible. J. _____ a déposé sa réponse le 14 novembre 2019, en concluant, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Elle a relevé, en substance, que le nouveau rapport médical du Dr Z. _____ n'était pas de nature à mettre en doute l'analyse faite par le Dr N. _____. E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).
- b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit à la prise en charge du traitement et de l'incapacité de travail postérieurement au 2 juillet 2018, date à laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Constitue un accident au sens de cette disposition toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
- b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du

rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) 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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). 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_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3). Il appartient à la personne assurée de rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive, sans quoi l'assureur-accidents peut rendre une décision de refus d'entrer en matière (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], applicable par analogie en assurance-accidents ; TF 8C_263/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; TFA U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. En l'espèce, le traitement de l'épaule de la recourante n'était plus en cours en juillet 2018. Celle-ci a toutefois à nouveau consulté le docteur Z._____ le 11 janvier 2019 en raison d'une recrudescence des douleurs à l'épaule depuis le mois de novembre 2018 et a été en incapacité de travail du 13 au 20 janvier 2019. Les examens pratiqués ont mis en évidence une bursite sous-acromiale pour le traitement de laquelle des infiltrations ont été réalisées le 18 janvier 2019. Le Dr N._____ a exposé de manière probante, dans le cadre d'une analyse complète, circonstanciée et précise du cas d'espèce, pour quels motifs les symptômes réapparus en novembre 2018 et l'atteinte à la santé mise en évidence par l'IRM du 18 janvier 2019 n'était, très probablement, pas en rapport de causalité naturelle avec l'accident subi en mars 2018. Il a en particulier exposé que cet événement n'avait entraîné qu'une contusion bénigne de l'épaule. Une telle atteinte cessait en principe de produire des effets dans un délai de 4 à 6 semaines, voire dans un délai de 8 à 12 semaines en cas de lésions dégénératives sous-jacentes. Cette argumentation est corroborée par le rapport du docteur Z._____ du 3 juillet 2018, qui a fait état d'une contusion de l'épaule sans limitation fonctionnelle et a indiqué que le traitement était achevé depuis le 31 mai 2018. La recourante objecte qu'elle a toujours subi des limitations fonctionnelles et des douleurs, depuis l'accident, mais qu'elle a pu s'arranger sur son lieu de travail en raison de la compréhension de ses collègues. Cette allégation de la persistance de limitations fonctionnelles est toutefois contredite par les constatations faites par le Dr Z._____, relatées dans son rapport du 3 juillet 2018. La recourante soutient également, dans son recours, que son épaule se portait très bien avant l'accident et que les douleurs ont commencé avec cet événement. Cette allégation est contredite, elle aussi, par les premières déclarations de l'assurée après l'accident et le rapport d'expertise du Dr N._____, dont il ressort qu'elle venait de guérir d'une « ébauche de bursite sous-acromiale » au moment de l'accident. Pour les motifs qui précèdent, les rapports des 27 mai 2019 et 1^{er} octobre du Dr Z._____ ne convainquent pas lorsqu'ils attestent un rapport de causalité entre l'atteinte traitée le 18 janvier 2019 et l'accident au motif qu'il s'agissait de la même atteinte que celle constatée en avril 2019 – soit une tendinobursite –, devenue chronique depuis lors. Ces rapports ne tiennent d'ailleurs pas compte des antécédents de la recourante et ne paraissent pas être le résultat d'une étude médicale complète et circonstanciée du cas. Rien ne permet ainsi d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que cette tendinobursite aurait été provoquée par la contusion subie lors de l'accident, cela d'autant que la recourante avait déjà souffert d'une bursite avant l'accident. 6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté II. La décision sur opposition rendue le 5 septembre 2019 par J._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais

judiciaires, ni alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Y. _____ ■ J. _____ - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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