

200.2016.475.LAA
E 1295/16
DEJ/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 8 mars 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, greffier



A. _____
recourant

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 29 avril 2016

En fait:

A.

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 24 octobre 2013, la commune municipale employant depuis 1988 A._____, né en 1952, en qualité d'électricien d'exploitation, a annoncé à son assureur-accidents, la Suva, que son employé avait subi un accident le 25 septembre 2013. Il était mentionné que l'intéressé s'était tapé l'index contre une cabine en tirant des câbles et qu'il en avait résulté une fracture aux doigts droits. Une déclaration de rechute a également été adressée à la Suva le 1^{er} novembre 2013, de laquelle il ressortait également que l'intéressé se trouvait en incapacité complète de travail à partir du 25 octobre 2013.

Après avoir instruit la cause, la Suva a considéré, le 2 avril 2014, qu'il n'existait pas de lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'évènement du 25 septembre 2013 et les douleurs aux doigts et bras droits annoncées. Saisi par l'intéressé, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a, le 10 février 2015, admis le recours et renvoyé la cause à la Suva pour instruction complémentaire et nouvelle décision (voir JTA LAA/2014/359 du 10 février 2015).

B.

La Suva a repris l'instruction de la cause susmentionnée et a demandé à un médecin neurologue de sa division de la médecine des assurances de se prononcer sur la situation de l'assuré. Sur la base des réponses apportées, par décision du 29 janvier 2016, la Suva a à nouveau nié l'octroi de toute prestation. Nonobstant l'opposition du recourant, la Suva a, par décision sur opposition du 29 avril 2016, confirmé le contenu de sa décision et nié le droit du recourant à des prestations d'assurance.

C.

Par acte du 17 mai 2016, l'intéressé a porté le litige devant le TA en maintenant, en substance, que son problème physique au bras droit est un accident et non une maladie.

Dans son mémoire de réponse du 17 juin 2016, l'intimée a renoncé à déposer une réponse en bonne et due forme et a conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 29 avril 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de refus de tout droit de l'assuré à des prestations d'assurance-accidents (AA) rendue par l'intimée en date du 29 janvier 2016. Au vu des griefs formulés dans le recours du 17 mai 2016, l'objet du litige porte implicitement sur l'annulation de cette décision sur opposition et le droit de l'assuré à des prestations d'assurance.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

1.5 Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20] et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Tout évènement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration – ou le tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.3 L'exigence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé qui s'en est suivie, en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, vise à limiter la responsabilité de cette dernière (ATF 129 V 177 c. 3.3, 125 V 456 c. 5c; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2).

Le point de savoir si un accident se trouvant en lien de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé survenue présente aussi un rapport de causalité adéquate avec celle-ci – condition mise au droit à des prestations de l'assurance-accidents – est une question de droit, qu'il convient de trancher en appliquant les règles développées par la doctrine et la jurisprudence. Contrairement à la causalité naturelle, qui est une question de fait, la causalité adéquate, en tant que question de droit, ne doit pas être examinée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante (ATF 112 V 30 c. 1b).

3.

3.1 Comme déjà relevé dans le jugement du 10 février 2015 (JTA LAA/2014/359), le déroulement de l'évènement du 25 septembre 2013 n'est en tant que tel pas contesté par les parties. Il apparaît en effet que le recourant s'employait à tirer un câble coincé, dont la résistance a brusquement cédé (le câble s'est décroché de l'obstacle qui le retenait), ce qui a eu pour effet de lui tirer violemment l'épaule droite en arrière et de provoquer un choc de son index de la main droite contre une surface dure (voir notamment dossier [dos.] Suva 11 et 12). A la suite de cet évènement, le recourant a continué de travailler jusqu'à son départ en vacances le 5 octobre 2013. A sa reprise de travail, le 21 octobre 2013, il est allé consulter son médecin de famille, qui l'a adressé à un spécialiste en neurologie. Une incapacité de travail totale lui a été reconnue à partir du 28 octobre 2013. Il a ensuite recommencé à travailler à 50% dès le 17 novembre 2013 avec prescription d'une minerve, puis à 100% dès le 5 décembre 2013 (dos. Suva 12).

Il s'agit ainsi de déterminer, comme dans le cadre de la procédure précédente, s'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, au moins une causalité naturelle partielle entre les troubles neurologiques soignés et l'évènement du 25 septembre 2013, dont le caractère d'accident n'est pas contesté par l'intimée. A titre liminaire, on relèvera que le droit des assurances sociales ne connaît pas de principe selon lequel, en cas de doute, les organes d'assurance doivent décider en faveur de l'assuré. Un droit à des prestations n'existe que lorsque les conditions y relatives sont remplies avec une vraisemblance prépondérante (RCC 1983 p. 249 c. 2b).

3.2 Dans son jugement du 10 février 2015 (auquel il est pleinement renvoyé pour davantage de détails), le TA a en substance retenu que l'intimée s'était essentiellement basée sur la synthèse médicale de son médecin d'arrondissement pour nier le droit du recourant à toute prestation d'assurance. Or, alors même qu'il avait explicitement demandé des éclaircissements sur ce point, ledit médecin n'a pas tenu compte de la chronologie explicitée par le recourant. Dans ces circonstances, il appartenait à l'intimée d'instruire de façon plus précise et de tenir compte

de la chronologie évoquée par le recourant afin de rendre une nouvelle décision (voir en particulier le c. 3.7 du JTA LAA/2014/359 précité).

3.3 Quant aux atteintes médicales subies par le recourant, les éléments suivants ressortent du dossier, ainsi qu'ils avaient déjà été résumés dans le jugement de la procédure précédente devant le TA (à l'exception du c. 3.3.8):

3.3.1 L'employeur du recourant a informé l'intimée de l'évènement du 25 septembre 2013 par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 24 octobre 2013, puis a annoncé une rechute par déclaration de sinistre LAA du 1^{er} novembre 2013. Dans les deux cas, il est mentionné à titre de description de l'accident que le recourant s'est "tapé l'index contre une cabine en tirant des câbles". La blessure mentionnée était une fracture aux doigts de la main droite.

3.3.2 Le généraliste consulté par le recourant le 21 octobre 2013 a mentionné le 17 novembre 2013, dans un certificat médical adressé à l'intimée, avoir constaté une hypoesthésie pulpaire de l'index (et du majeur) droit(s), des douleurs sous l'aisselle droite à la pression et en élevant le bras. Le médecin a également fait état de douleurs et paresthésies éprouvées par le recourant de l'épaule au bras, renforcées si la tête est tournée vers la droite. A titre de diagnostic, le médecin a retenu un "syndrome algo-paresthésique C7 à droite probablement sur entorse cervicale". Il a aussi attesté une incapacité de travail totale du recourant à partir du 28 octobre 2013 et la possible reprise du travail à 50% dès le 18 novembre 2013.

3.3.3 Le 30 octobre 2013, un médecin spécialiste en neurologie a examiné le recourant. Selon lui, ce dernier, chez qui les symptômes sont déclenchés par certains mouvements et positions de la tête, souffre d'un syndrome d'irritation radiculaire au bras droit, probablement de la racine C7. Il ressort, notamment, de ce rapport que le recourant a ressenti une perte de sensibilité constante à l'index de la main droite et, par intermittence, des fourmillements à l'avant-bras et à la main droite, sans qu'il ne soit précisé à partir de quand ces troubles existent.

3.3.4 Le 18 novembre 2013, le recourant a rempli un questionnaire à l'intention de l'intimée, qui l'a reçu le 25 novembre 2013. Il a décrit l'évènement du 25 septembre 2013 comme suit: "en tirant un câble électrique, j'ai ressenti une douleur dans l'épaule droite et me suis tapé l'index droit contre la cabine. Depuis là, j'ai les fourmis dans le bras droit suivant la position". Le recourant a par ailleurs mentionné reprendre le travail à 50% à partir du 18 novembre 2013.

3.3.5 Le 4 décembre 2013, un collaborateur de l'intimée, suite à la demande du 25 novembre 2013 de son médecin d'arrondissement (spécialiste en médecine interne) de préciser les faits et la chronologie des symptômes entre le 25 septembre 2013 et la rechute, a procédé à un entretien avec le recourant. Du compte rendu de cet entretien (qui ne mentionne pas les questions posées), il ressort que le recourant était "en train de tirer un câble avec un autre collègue au-dessous d'une route. [S]on collègue poussait le câble et [il] le tirait de l'autre côté. A un moment, le câble qui était coincé est venu d'un seul coup, ce qui a eu pour effet de tirer violemment l'épaule droite [du recourant] en arrière et de [lui] taper l'index de la main droite contre une cabine". Toujours selon ce compte rendu, le recourant a par la suite expliqué que, bien qu'il ait ressenti une douleur à l'épaule droite au niveau de l'omoplate et à l'index, il a continué de travailler sans aller consulter, puis est parti en vacances du 5 au 21 octobre 2013 et que, pendant celles-ci, il a ressenti, à quelques reprises, des fourmillements dans l'avant-bras droit ainsi que des pertes de sensibilité de l'index droit. Le collaborateur de l'intimée a encore rapporté qu'à la reprise du travail, les fourmillements ont augmenté, de sorte que l'assuré est allé consulter son médecin de famille (voir ci-avant c. 3.2.2) le 21 octobre 2013 et une incapacité de travail totale lui a été reconnue à partir du 25 octobre 2013. Le rapport précise aussi que le travail a été repris à 50% dès le 17 novembre 2013, en portant une minerve, et que l'augmentation du taux à 100% était prévue pour le lendemain 5 décembre 2013.

3.3.6 A ce stade, après avoir examiné le dossier, un (autre) médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en chirurgie orthopédique, a considéré le 12 décembre 2013 que la relation de causalité entre la lésion

intervenue le 25 septembre 2013 et l'incapacité de travail dès le 25 octobre 2013 était tout au plus possible.

3.3.7 Le 4 février 2014, le médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en médecine interne, ayant sollicité l'éclaircissement précité des faits et des symptômes (voir ci-avant c. 3.3.5), a rédigé une synthèse médicale aux termes de laquelle il arrive à la conclusion que la causalité entre l'évènement du 25 septembre 2013 et une atteinte purement sensitive de la racine C7 à droite est tout au plus possible. A la base de son argumentation, ce médecin retient que ce n'est que plusieurs jours après l'évènement que le recourant "a commencé à présenter une symptomatologie purement sensitive dans le territoire C7 D" et mentionne que l'atteinte initiale ne consistait qu'en une contusion de la main.

3.3.8 Après le jugement du TA lui renvoyant la cause pour instruction complémentaire, la Suva a requis un nouvel avis médical auprès d'un médecin (spécialiste en neurologie) de sa Division médecine des assurances, en lui demandant notamment de prendre position sur la chronologie des fourmillements telle que rapportée par le recourant. Dans son rapport du 6 novembre 2015, le neurologue confirme les conclusions retenues le 4 février 2014 par le médecin d'arrondissement de la Suva (voir ci-avant c. 3.3.7). En substance, il relève que le fait que le recourant n'ait pas consulté directement après l'évènement du 25 septembre 2013, mais qu'il ait bien au contraire continué à travailler, puis soit parti en vacances, tend à démontrer qu'il n'y a pas de suites directes entre l'évènement et les atteintes mentionnées. Si véritablement le recourant avait immédiatement ressenti une atteinte sensitive, il n'aurait pas attendu pour aller consulter, étant également précisé que dans le domaine des blessures traumatiques, la proximité temporelle des douleurs éventuellement liées à un accident augmente la probabilité d'une influence causale. Le neurologue relève également une certaine contradiction dans les propos du recourant, qui a déclaré qu'il avait consulté son médecin en raison des fourmillements ressentis; s'il avait véritablement présenté une symptomatologie sensitive avant son départ en vacances, il n'aurait ainsi, selon le neurologue, pas attendu son retour pour consulter. Le médecin retient également que les atteintes mentionnées par le recourant ne peuvent pas être objectivées sur

le plan clinique, ni classées d'un point de vue étiologique. Dans ces circonstances, il estime que le lien de causalité entre les atteintes mentionnées et l'évènement du 25 septembre 2013 est au mieux possible.

3.4 Concernant les thèses des parties, on peut retenir ce qui suit.

3.4.1 L'intimée, sur la base du rapport du médecin neurologue de sa Division médecine des assurances (voir ci-avant c. 3.3.8), conclut à un lien de causalité tout au plus possible. Elle a encore précisé dans sa réponse au recours que les atteintes traumatiques sont plus accentuées juste après le traumatisme, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce et confirme l'absence de causalité naturelle. Par ailleurs, si l'on devait admettre qu'il s'agit d'atteintes sans substrat somatique, alors s'appliquerait la jurisprudence relative aux troubles psychiques utilisant la notion de causalité adéquate, dont les conditions ne seraient de toute façon pas réalisées au vu de l'évènement du 25 septembre 2013 à classer dans la catégorie des accidents de peu de gravité.

3.4.2 Quant au recourant, il considère que les douleurs ressenties sont les conséquences directes de l'évènement du 25 septembre 2013. Il propose à titre de preuves les témoignages de ses collègues de travail et allègue n'avoir aucun antécédent.

4.

4.1 On notera tout d'abord que 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*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3). Les arguments du recourant relatifs à son absence d'antécédents médicaux ne lui sont ainsi d'aucune aide dans le cadre de la présente procédure.

4.2 De façon générale, les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de

contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

4.2.1 En l'espèce, formellement, il appert que le rapport du neurologue de la Division médecine des assurances procède d'une analyse complète du dossier. Après le renvoi du dossier résultant du jugement du 10 février 2015, le neurologue chargé de rendre une nouvelle appréciation du cas a corrigé la lacune de la précédente estimation, qui avait conduit à l'admission du premier recours. Il a intégré dans son raisonnement la chronologie de l'apparition des douleurs, également celles de nature neurologique, précisées par le recourant. L'avis du neurologue s'avère ainsi fondé sur une base factuelle cohérente, bien motivé et concluant. Il ne présente pas de contradictions, si bien qu'on peut lui conférer une entière force probante formelle, ce que ne nie d'ailleurs pas le recourant.

4.2.2 Sur le plan matériel, il faut retenir les constatations du neurologue précité selon lesquelles le recourant a continué à travailler après l'évènement du 25 septembre 2013 pendant une semaine environ, puis est parti en vacances, ce qui démontre que les troubles consécutifs au dit évènement, quels qu'ils soient, à défaut d'avoir été d'emblée assez prononcés, ne sont que dans un lien de causalité tout au plus possible avec les symptômes neurologiques qui ont valu la consultation au retour des vacances, ce que l'ensemble des médecins amenés à se prononcer ont d'ailleurs retenu. Toujours selon le même neurologue, qui se réfère à l'expérience médicale, cette déduction est également corroborée par le fait que les troubles d'origine traumatique sont plus accentués juste après le traumatisme, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce, les troubles sensitifs ayant au contraire été croissants, selon les indications fournies par le recourant. Les conclusions du neurologue, dûment étayées et couvrant aussi l'hypothèse de troubles neurologiques apparus déjà dans le contexte de l'accident du 25 septembre 2013 convainquent. En attendant près d'un mois avant de consulter, le recourant a témoigné d'un comportement faisant obstacle à l'établissement d'un lien entre le choc provoqué par la détente du câble (épaule et index) et les troubles sensitifs qui ont été

ressentis dans ces circonstances, mais se sont développés et ont pris de l'ampleur dans un second temps. Il faut par conséquent considérer que les atteintes sensibles peuvent tout aussi bien avoir une origine malade et que le lien de causalité avec l'évènement du 25 septembre 2013, au plus possible, n'est à tout le moins pas établi avec une vraisemblance prépondérante. En effet, comme déjà énoncé (ci-avant c. 3.1), la simple possibilité d'un lien de causalité ne suffit pas pour que des prestations d'assurance soient octroyées. La décision attaquée doit ainsi être confirmée sur ce point.

4.2.3 Sur cette base, dès lors qu'une intensité suffisante des troubles ressentis juste après l'évènement est contredite par le retard mis à consulter, il n'y a pas lieu de procéder, ainsi que le requiert le recourant, à des mesures d'instruction complémentaire en recueillant, par exemple, le témoignage de ses collègues de travail.

4.3 En outre, à toutes fins utiles, il convient encore de préciser que si l'atteinte du recourant devait être qualifiée de psychique, voire psychosomatique (en cas de symptômes non objectivables du point de vue organique) – ce que rien au dossier n'indique –, alors il y aurait lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (voir ci-avant c. 2.3). Pour ce faire, la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) impose d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet évènement (voir en particulier les ATF 140 V 356 c. 3.2, 115 V 133 c. 6c/aa, 134 V 109 c. 2.1; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

Or, en l'occurrence, il apparaît que le déroulement de l'évènement doit sans aucun doute être qualifié de peu de gravité, ce qui (en application correcte de la jurisprudence susmentionnée) ne saurait suffire à établir un lien de causalité adéquate. Selon l'expérience générale de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi, qu'un tel évènement insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une atteinte importante à la santé psychique ou psychosomatique (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6a).

4.4 Il ressort de ce qui précède que la Suva a, à bon droit, refusé d'octroyer des prestations d'assurance ensuite de l'évènement du 25 septembre 2013, faute de lien de causalité établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre ledit évènement et les douleurs invoquées. Les suites de l'atteinte doivent être prises en charge par l'assurance-maladie.

5.

5.1 Le recours doit ainsi être rejeté.

5.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

5.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.

2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

3. Le présent jugement est notifié (R):

- au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique,
- et communiqué:
- à [...].

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).