

**200.2024.14.LAA**  
N° AVS  
BCE/EGC

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

**Jugement du 24 juin 2024**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges  
C. Wagnon-Berger, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

**Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA**  
Place de Milan, case postale 120, 1001 Lausanne  
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 16 novembre 2023



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en décembre 1964, a travaillé en qualité de gouvernante depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents auprès de la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après: la Vaudoise assurance). Par une déclaration de sinistre non datée mais reçue le 19 janvier 2016, l'employeur a informé cette assurance que le 18 janvier 2016, l'intéressée avait été victime d'une chute en descendant les escaliers, laquelle avait provoqué un heurt de l'épaule contre un mur. La Vaudoise assurance a initialement pris en charge les suites de cet accident, qui a entraîné un arrêt de travail complet, puis s'est enquis des rapports établis par les différents médecins consultés (médecin généraliste traitant, spécialistes en chirurgie orthopédique et en neurologie). Dans l'intervalle, l'assurée s'est annoncée le 25 juillet 2016 auprès de l'Office d'assurance-invalidité (AI) du canton de C. \_\_\_\_\_, avant d'être licenciée le 25 septembre pour le 30 novembre 2016 et de déménager dans le canton de Berne. La Vaudoise assurance s'est alors également procurée le rapport de sortie d'une clinique de réadaptation dans laquelle l'assurée a séjourné du 9 mai au 8 juin 2017.

**B.**

Par écrit du 22 décembre 2017, la Vaudoise assurance a informé l'intéressée qu'elle mettait un terme aux prestations (versement de l'indemnité journalière [IJ] et prise en charge des frais médicaux) dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Suite à un courrier du 12 juin 2018 de l'assurée, désormais soutenue par les services sociaux et représentée par un mandataire professionnel, la Vaudoise assurance a repris l'instruction du dossier, compte tenu également de l'hospitalisation de l'intéressée du 22 juin au 4 juillet 2018 dans un hôpital régional d'abord, puis du 4 juillet au 24 août 2018 en clinique de réhabilitation (section neurologique) ensuite. Dans ce cadre, elle a notamment recueilli une expertise pluridisciplinaire du 30 septembre 2019 mise en œuvre par l'Office AI du canton de C. \_\_\_\_\_

(expertise sur laquelle s'est du reste appuyé ce dernier office pour nier tout droit de l'intéressée à des prestations par décision entrée en force du 23 juin 2020). Se fondant sur un rapport du 17 juillet 2020 de son médecin-conseil, la Vaudoise assurance a, par décision du 22 février 2021, mis un terme au versement des IJ et à la prise en charge des frais de soins au 28 avril 2017. Elle a pour le surplus renoncé à demander le remboursement des IJ payées entre le 29 avril et le 31 août 2017, mais s'est réservée le droit de demander la restitution des frais de traitement payés à tort auprès de la caisse-maladie. Le 25 mars 2021, l'intéressée, toujours représentée, a formé opposition contre la décision précitée. La Vaudoise assurance a encore obtenu une expertise pluridisciplinaire du 20 avril 2022 diligentée par l'Office AI Berne. La décision du 7 juin 2022 de celui-ci, excluant tout droit de l'assurée à une rente d'invalidité, a alors été annulée par jugement du Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif) du 26 janvier 2023 (JTA AI/2022/416) et la cause a été renvoyée à l'office précité pour instruction complémentaire et nouvelle décision. De son côté, la Vaudoise assurance a organisé une expertise en chirurgie orthopédique dont les conclusions ont été rédigées le 31 octobre 2023. Sur cette base et par décision sur opposition du 16 novembre 2023, elle a modifié sa décision initiale du 22 février 2021, en ce sens qu'elle a mis fin au paiement des traitements médicaux et des IJ avec effet au 31 août 2017 (et plus au 28 avril 2017), rejetant l'opposition pour le surplus.

### **C.**

Par acte du 3 janvier 2024, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le TA. Sous suite de frais et dépens, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 16 novembre 2023, principalement à l'octroi des prestations d'assurance-accidents au-delà du 31 août 2017 et à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à la Vaudoise assurance pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire complète. Dans sa réponse du 29 février 2024, la Vaudoise assurance a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens. Le mandataire de l'assurée a produit sa note d'honoraires le 6 mars 2024.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 16 novembre 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et modifie la décision du 22 février 2021 en prononçant la fin des prestations d'assurance-accidents au 31 août 2017 (et plus au 28 avril 2017 comme le prévoyait la décision initiale). L'objet du litige porte, principalement, sur l'annulation de la décision sur opposition et sur la poursuite du versement des traitements médicaux et des IJ au-delà du 31 août 2017 et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est en particulier litigieuse l'appréciation médicale sur laquelle l'intimée s'est fondée pour admettre la disparition, à partir du 31 août 2017, de tout lien causal entre l'accident et les troubles au membre supérieur gauche dont se plaint la recourante.

**1.2** Interjeté auprès de l'autorité compétente, dans les formes et le délai prescrits (compte tenu de la suspension des délais, voir l'art. 38 al. 4 let. c de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, en lien avec l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; art. 15 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 Tribunal administratif dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 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 Tribunal administratif examine librement la décision sur opposition 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 art. 84 al. 3 LPJA).

## **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 LPGGA).

## **2.2**

**2.2.1** 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 148 V 356 c. 3, 147 V 161 c. 3.1, 129 V 177 c. 3.1 et 3.2).

**2.2.2** Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, 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'événement 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 ("condition sine qua non"; ATF 147 V 161 c. 3.2). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3). 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 – 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 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

**2.2.3** Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ("statu quo ante") ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ("statu quo sine"). A contrario, aussi longtemps que le "statu quo sine vel ante" n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 147 V 161 c. 3.3). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 c. 5.1).

**2.3** L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prêter, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet ex nunc. Ce n'est qu'en

cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

**2.4** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision sur opposition contestée, l'intimée s'est appuyée sur les conclusions de l'expertise en chirurgie orthopédique du 31 octobre 2023 pour conclure à l'absence de causalité naturelle établie au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 18 janvier 2016 et les plaintes persistantes de l'assurée. Il a en particulier exclu un syndrome de Sudeck et tout effet lié à une capsulite rétractile, seule atteinte qui pourrait être retenue selon l'expert. Celui-ci a donc fixé le statu quo sine au plus tard le 31 août 2017 (et non le 28 avril 2017 comme retenu par décision du 22 février 2021, laquelle était alors fondée sur un rapport du médecin-conseil du 17 juillet 2020). Partant, elle a limité son intervention aux prestations (frais médicaux et IJ) encourus jusqu'au 31 août 2017, s'agissant des conséquences de l'accident du 18 janvier 2016. Dans son mémoire de réponse du 29 février 2024, l'intimée a défendu la valeur probante de l'appréciation médicale du 31 octobre 2023, renvoyant pour le surplus au complément d'expertise du 6 février 2024 et aux arguments développés dans la décision sur opposition litigieuse.

**3.2** Par son recours, l'assurée reproche à l'intimée d'avoir fondée sa décision sur opposition sur l'expertise en chirurgie orthopédique du 31 octobre 2023, qu'elle juge non probante. Selon elle, l'avis de l'expert serait en contradiction avec les autres appréciations médicales au dossier, en particulier en tant qu'il écarte les diagnostics de Sudeck, de syndrome

algoneurodystrophique ou de syndrome douloureux régional complexe (SDRC), qui auraient pourtant été mis en évidence par l'ensemble des médecins traitants. De l'avis de l'assurée, cette expertise n'est donc pas suffisante pour démontrer que les plaintes ne peuvent plus être mise en relation de causalité naturelle avec l'accident du 18 janvier 2016 au-delà du 31 août 2017.

#### **4.**

**4.1** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1; SVR 2022 UV n° 46 c. 6.3.1). En l'espèce, bien que le complément d'expertise du 6 février 2024 (dossier [dos.] intimée [int.] 165/1 ss) soit postérieur à la décision sur opposition attaquée, les faits exposés et l'analyse qui en est faite par le spécialiste en chirurgie orthopédique dont il émane ont essentiellement trait à la situation antérieure à cette décision (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1, 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 c. 5.2; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). En effet, dans ce rapport, l'expert précise les conclusions de son expertise du 31 octobre 2023 et prend position quant aux griefs formulés par l'assurée dans son recours. Partant, ce document est de nature à influencer l'appréciation au moment où l'acte attaqué a été rendu et doit dès lors être pris en compte (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

**4.2** Dans un rapport du 26 janvier 2016, le médecin généraliste traitant a posé les diagnostics de contusion de l'épaule versus atteinte de la coiffe des rotateurs gauche (tendinopathie post-traumatique versus déchirure). Il a relevé que sa patiente avait chuté dans des escaliers sur son côté gauche, constaté que la mobilisation de l'épaule gauche était impossible et attesté une incapacité de travail à 100% dès le 18 janvier 2016 (dos. int.

4/1). La recourante s'est alors soumise le 17 février 2016 à un examen arthro-IRM de l'épaule gauche. Dans le rapport y relatif du 18 février 2016, le médecin radiologue a mis en évidence une déchirure de l'intervalle des rotateurs associée à une petite déchirure partielle du bord supérieur du sous-scapulaire et du supra-épineux très distale avec passage de contraste dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Il a également fait état d'une tendinopathie et d'une déchirure partielle du long chef du biceps dans sa gouttière, ainsi qu'une petite anomalie labrale supérieure de type SLAP II (dos. int. 5/1). L'assurée a également consulté un spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a retenu, par rapport du 19 avril 2016, les diagnostics de capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule gauche stade I et de lésions partielles de la coiffe des rotateurs antéro-supérieures de l'épaule gauche. Il a expliqué que l'assurée s'était retenue avec le bras gauche en chutant et que des douleurs presque insupportables étaient apparues. Il a indiqué que les lésions partielles révélées par l'examen arthro-IRM du 17 février 2016 étaient plutôt dégénératives et a attesté une incapacité de travail à 100% jusqu'au prochain contrôle (dos. int. 11/1, voir également dos. int. 14/1).

**4.3** Dans un rapport du 9 juin 2016 consécutif à un examen de scintigraphie osseuse du 7 juin 2016 qui avait notamment mis en évidence une suspicion de maladie de Sudeck de la main gauche (dos. int. 17/1), le médecin généraliste de l'intéressée a retenu les diagnostics de syndrome algoneurodystrophique du membre supérieur gauche (syndrome épaule-main), de déchirure de l'intervalle des rotateurs associée à une petite déchirure partielle du bord supérieur du sous-scapulaire et du supra-épineux très distale avec passage de contraste dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne gauche suite à un traumatisme le 18 janvier 2016, de surcharge pondérale et de céphalées occasionnelles d'allure migraineuse. Hormis les omalgies à gauche, il a mentionné des douleurs à la main du même côté et une impossibilité de fléchir complètement les doigts depuis mars 2016 (dos. int. 19/1, voir également dos. int. 38/1).

**4.4** Le spécialiste en chirurgie orthopédique susmentionné a revu sa patiente et a confirmé, dans un écrit du 21 octobre 2016, les diagnostics déjà évoqués en avril 2016 (voir c. 4.2) avant d'ajouter celui de status post-

traumatique de l'épaule (dos. int. 32/1). Le 2 novembre 2016, le médecin radiologue en charge d'un examen arthro-IRM réalisé le 26 octobre 2016 a rapporté une irrégularité de la face articulaire au niveau de l'insertion du tendon du supra-épineux discrètement diminuée par rapport à l'examen du 17 février 2016 (voir c. 4.2). Il a également constaté une lésion de type SLAP II mais n'a pas observé de capsulite inflammatoire (dos. int. 37/2).

**4.5** Dans un rapport du 24 novembre 2016 et après avoir soumis la recourante à un examen d'électroneuromyographie le 21 novembre 2016 (ENMG; dos. int. 44/1), un spécialiste en neurologie a noté l'absence de signe d'atteinte nerveuse au membre supérieur gauche. Le tableau clinique n'était selon lui pas évocateur d'une atteinte neurologique (dos. int. 42/1).

**4.6** Après avoir constaté une légère amélioration et exclu un syndrome de Sudeck (dos. int. 22/1 et 32/1), le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant de l'assurée a remis un rapport du 28 novembre 2016 dans lequel il a complété les diagnostics précédemment posés (voir c. 4.2 et 4.4) avec celui de suspicion d'un syndrome algoneurodystrophique mis en évidence par l'examen de scintigraphie osseuse du 7 juin 2016 (dos. int. 142/5). Dans son rapport du 28 avril 2017, il a encore retenu les diagnostics de capsulite rétractile post-traumatique atypique épaule gauche stade II-III et de lésion partielle de la coiffe des rotateurs antéro-supérieurs de l'épaule gauche, en évoquant une amélioration significative (dos. int. 64/1; voir également dos. int. 11/1, 50/1 et 53/1).

**4.7** Dans le rapport de sortie du 22 juin 2017 d'une clinique de réadaptation dans laquelle la recourante a séjourné du 9 mai au 8 juin 2017 et s'appuyant notamment sur les résultats d'un examen radiographique de l'épaule gauche et des mains du 11 mai 2017 (dos. int. 69/1), les médecins en charge de l'assurée durant son séjour ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur et limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche et, à titre de diagnostics supplémentaires, de traumatisme de l'épaule gauche en extension le 18 janvier 2016, de SDRC de type I (ou algodystrophie) avec atteinte de l'épaule et de la main gauche (syndrome épaule-main) et de petite déchirure du sous-scapulaire et du supra-épineux distal, de tendinopathie et de déchirure partielle du long biceps sur les arthro-IRM des 17 février et

26 octobre 2016. Ils ont noté une amélioration de la mobilité de l'épaule et du syndrome douloureux (dos. int. 74/1). Le 1<sup>er</sup> septembre 2017, suite à ce rapport, le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant a encore posé le diagnostic de syndrome épaule-main (dos. int. 80/1).

**4.8** Dans le rapport de sortie du 8 août 2018 relatif à une hospitalisation intervenue du 22 juin au 4 juillet 2018 suite à un tremblement persistant et incontrôlé du membre supérieur droit, du tronc et des deux jambes (dos. int. 113/2; voir également dos. int. 117/2 et 117/12), des spécialistes d'une clinique de médecine interne d'un hôpital régional ont posé les diagnostics de troubles de conversion avec trouble moteur aspécifique, de syndrome de Sudeck post-traumatique du bras gauche, de troubles du sommeil et d'adiposité (dos. int. 116/2). Sur recommandations de ces médecins, la recourante a été prise en charge en clinique de réhabilitation (section neurologique) du 4 juillet au 24 août 2018. Du rapport de sortie du 4 septembre 2018 y relatif, il ressort notamment les diagnostics de trouble dissociatif de la mobilité, trouble de conversion (chiffre [ch.] F44.4 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé; dos. int. 119/10). Le 5 septembre 2018, le médecin traitant a attesté une récupération entière des fonctions des membres inférieurs (dos. int. 120/1).

**4.9** Dans son rapport du 3 décembre 2018, un spécialiste en orthopédie-traumatologie d'un service de chirurgie d'un hôpital régional a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies gauches, de tendinopathie du long chef du biceps, de lésion SLAP de l'épaule gauche et de syndrome de Sudeck du membre supérieur gauche (dos. int. 122/1).

**4.10** L'Office AI du canton de C.\_\_\_\_\_ a diligenté une expertise pluridisciplinaire (en psychiatrie, rhumatologie, neurologie et médecine interne générale) dont les conclusions ont été livrées le 30 septembre 2019 (dos. int. 130/3 ss). Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics d'algoneurodystrophie de Sudeck post-traumatique du membre supérieur gauche (ch. M89.0 CIM-10), d'épisode de syndrome de conversion en été 2018, sans séquelle actuelle (ch. F44.4 CIM-10) et de migraine sans aura (ch. G43.0 CIM-10; dos. int. 130/5).

**4.11** La Vaudoise assurance a consulté son médecin-conseil, un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur (rapport du 17 juillet 2020; dos. int. 139/1 ss). Ce médecin a retenu le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche et a déclaré qu'il existait un lien de causalité naturelle, à l'aune de la vraisemblance prépondérante, entre ce diagnostic et l'événement du 18 janvier 2016. Il a toutefois considéré que cette pathologie était guérie au 28 avril 2017 (dos. int. 139/3 ss).

**4.12** A la suite d'une nouvelle demande de prestations déposée auprès de l'Office AI Berne, celui-ci a mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire (volets de la psychiatrie, de la chirurgie orthopédique et traumatologique, de la neurologie et de la médecine interne générale) auprès du centre d'expertises médicales, lequel a délivré ses conclusions actualisées dans un rapport du 20 avril 2022 (dos. int. 151/2 ss). Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de myoclonies amples et persistantes des membres inférieurs déclenchés par une tentative de mobilisation en orthostatisme, d'origine fonctionnelle probable, de douleurs et déficit fonctionnel du membre supérieur gauche secondaire à une capsulite rétractile et à un syndrome épaule-main (ch. M89.0 CIM-10), de diabète de type II (ch. E11 CIM-10) et d'obésité de type I (ch. E66.9 CIM-10; dos. int. 151/6).

**4.13** L'intimée a mandaté une nouvelle expertise, dont les conclusions ont été remises le 31 octobre 2023 par un spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci a retenu les diagnostics de status après glissade et chute sur les fesses, avec mouvement de traction du membre supérieur gauche pour se retenir à la rambarde, le 18 janvier 2016, de status après mise en évidence d'une lésion de l'intervalle des rotateurs, associée à une tendinopathie dans sa gouttière humérale du long chef du biceps et tendinopathie distale du sus-épineux, sans signe manifeste de rupture de la coiffe des rotateurs à l'IRM du 17 février 2016, de syndrome épaule-main du membre supérieur gauche, dans le cadre d'une suspicion de SDRC, de douleurs et déficit fonctionnel du membre supérieur gauche secondaire à une capsulite rétractile de sous-utilisation, avec amyotrophie associée à une dégénérescence graisseuse type Goutallier II secondaire, mais

toujours sans aucune rupture des tendons de la coiffe des rotateurs, ni plus aucune lésion significative du long chef du biceps, de myoclonies amples et persistantes des membres inférieurs d'origine fonctionnelle probable, d'obésité avec troubles métaboliques et de migraines intermittentes sans aura (dos. int. 160/21). Selon lui, la capsulite rétractile de l'intéressée ne pouvait être mise en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'événement du 18 janvier 2016 (dos. int. 160/22) et il a estimé que le status quo sine avait été atteint au 31 août 2017 (dos. int. 160/23). Suite au recours de l'assurée et sur demande de l'intimée, l'expert s'est encore déterminé dans un complément d'expertise du 6 février 2024. En substance, il a maintenu ses conclusions (dos. int. 165/1 ss).

## **5.**

A titre liminaire, il convient de préciser que l'intimée ne conteste pas que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont remplies concernant l'événement du 18 janvier 2016. Pour mettre fin à son obligation de prêter qu'elle avait initialement reconnue, il lui incombe en conséquence d'établir que l'atteinte à la santé est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident (voir c. 2.2.3). En l'espèce, l'intimée a mis fin, par sa décision sur opposition du 16 novembre 2023, au paiement des prestations temporaires (IJ et frais médicaux) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017. Bien que ce terme apparaisse rétroactif, il n'entraîne pas d'effet véritablement rétroactif et il n'est pas question d'une demande de restitution. La situation d'espèce s'assimile donc à un arrêt de prestations ex nunc et pro futuro (voir dans ce sens JTA LAA/2020/97 du 4 mars 2021 c. 3.2).

## **6.**

Pour prononcer sa décision sur opposition, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise en chirurgie orthopédique du 31 octobre 2023. Se pose dès lors la question de la force probante de cette appréciation médicale.

**6.1** La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**6.2** En l'occurrence, l'expertise en chirurgie orthopédique du 31 octobre 2023 a été élaborée sur la base d'un examen personnel de la recourante ainsi que sur l'étude du dossier médico-assécurologique. L'expert en chirurgie orthopédique, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, a pris en compte l'anamnèse complète (personnelle, familiale, sociale et professionnelle), les plaintes subjectives de l'assurée, tout comme les constatations objectives découlant de ses propres observations. Il a en outre procédé à une évaluation diagnostique, avant de prendre position sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles au membre supérieur gauche et l'événement du 18 janvier 2016. Le contexte médical a été clairement décrit par le spécialiste et les conclusions de celui-ci sont compréhensibles, motivées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 6.1).

**6.3** Sur le plan matériel, l'expertise est également convaincante.

**6.3.1** Après avoir répertorié de façon complète les avis médicaux antérieurs au dossier et en s'appuyant en particulier sur les résultats des imageries réalisées, l'expert a retenu de façon logique que les lésions initiales mises en évidence sur l'examen arthro-IRM de l'épaule gauche du 17 février 2016 (voir c. 4.2; dos. int. 5/1) s'expliquaient par le fait que l'assurée avait voulu se rattraper pour se retenir à la rambarde lors de sa chute du 18 janvier 2016. Les diagnostics retenus de status après glissade et chute sur les fesses, avec mouvement de traction du membre supérieur

gauche pour se retenir à la rambarde le 18 janvier 2016 et de status après mise en évidence d'une lésion de l'intervalle des rotateurs, associée à une tendinopathie dans sa gouttière humérale du long chef du biceps et tendinopathie distale du sus-épineux, sans signe manifeste de rupture de la coiffe des rotateurs à l'IRM du 17 février 2016, sont donc en adéquation avec les rapports médicaux au dossier (voir notamment c. 4.2; dos. int. 11/1 et 14/1) et n'ont du reste pas été contestés (à juste titre) par la recourante. La même conclusion s'impose quant aux diagnostics d'obésité avec troubles métaboliques et de migraines intermittentes sans aura (voir c. 4.3; dos. int. 19/1 et 38/1). Il est vrai que l'exclusion, par l'expert, du diagnostic de SDRC (aussi appelé syndrome ou maladie de Sudeck, algoneurodystrophie ou algodystrophie; voir TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 c. 4.1.1) apparaît comme étant en contradiction avec les appréciations médicales au dossier (art. 7 recours). En effet, cette pathologie a été évoquée par les différents médecins ayant pris en charge l'assurée (voir c. 4.3, c. 4.6, c. 4.7, c. 4.8, c. 4.9) ou encore par les experts mandatés par l'Office AI (voir c. 4.10 et 4.12; dos. int. 130/5 et 151/6). Toutefois et quoi qu'en pense la recourante (art. 7 recours), l'expert a expliqué de façon probante les raisons pour lesquelles il s'est distancié du diagnostic de SDRC. Dans ce contexte, il a en particulier indiqué que cette pathologie n'avait jamais été constatée sur les différents examens d'IRM ou de scintigraphie réalisés (dos. int. 160/22). En effet, seul le rapport d'examen de scintigraphie osseuse du 7 juin 2016 a mis en évidence une *suspicion* de maladie de Sudeck de la main gauche (voir c. 4.3; dos. int. 17/1). Ainsi que l'a souligné l'expert de façon pertinente (dos. int. 160/22), cette pathologie n'a jamais été confirmée ni par l'arthro-IRM réalisé le 26 octobre 2016 (voir c. 4.4; dos. int. 37/1), ni par l'ENMG du 21 novembre 2016 (voir c. 4.5; dos. int. 44/1) ou par l'examen radiographique du 11 mai 2017 (voir c. 4.7; dos. int. 69/1). Elle ne ressort pas non plus des conclusions de l'examen arthro-IRM de l'épaule gauche du 17 février 2016 (voir c. 4.2; dos. int. 5/1). Or, plusieurs des spécialistes consultés par l'assurée (généraliste traitant [voir c. 4.3; dos. int. 19/1 ss], médecins d'une clinique de réadaptation [voir c. 4.7; dos. int. 74/1], spécialiste en chirurgie orthopédique traitant [voir c. 4.6; dos. int. 142/5]) ont fondé leur diagnostic exclusivement sur la scintigraphie osseuse du 7 juin 2016 qui elle-même relevait une simple *suspicion* de maladie de Sudeck de la main gauche

(voir c. 4.3; dos. int. 17/1). Ce constat tend à confirmer l'avis de l'expert, selon lequel les spécialistes consultés se sont limités à reprendre le diagnostic litigieux (qui avait lui-même été posé en juin 2016 par le médecin généraliste traitant, par exclusion d'autres possibilités somatiques; voir c. 4.3; dos. int. 19/1), sans le discuter et sans examiner les critères de Budapest (dos. int. 165/2). Dans son complément d'expertise du 6 février 2024, l'expert a du reste ajouté de manière crédible que selon la littérature médicale, un SDRC était perceptible dans 86% ou 92% des cas sur une IRM, respectivement sur un examen de scintigraphie osseuse. Il a donc conclu de manière cohérente et logique que les résultats négatifs de ces deux types d'examen, dans le cas particulier, signifiaient que le diagnostic était sujet à caution ou que celui-ci, s'il était réellement survenu, n'était plus en phase inflammatoire (dos. int. 165/2). Par conséquent, en tant qu'il s'écarte du diagnostic de SDRC pourtant retenu par les médecins traitants, l'expert est convaincant.

**6.3.2** Toujours dans le contexte de l'évaluation diagnostique relative à un SDRC, l'expert a encore constaté que les critères de Budapest n'avaient pas été décrits comme positifs par les différents médecins consultés (dos. int. 160/22 et 165/1). A ce titre et selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), il est communément fait référence à ces critères, lesquels sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines: sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/œdème, moteurs/trophiques, pour valider le diagnostic de SDRC. Toujours selon la jurisprudence, il est déterminant que, sur la base des constats médicaux effectués en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (TF 8C\_628/2023 du 9 avril 2024 c. 3.1, 8C\_234/2023 du 12 décembre 2023 c. 3.2, 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 c. 5.1; JTA LAA/2023/701 du 30 avril 2024 c. 6.4). En l'espèce, la première suspicion de ce trouble est intervenue en juin 2016 (rapport du 9 juin 2016 du médecin généraliste traitant; voir c. 4.3; dos. int. 19/1), soit cinq mois après l'accident, et ni l'écrit du 9 juin 2016, ni le rapport relatif à la scintigraphie osseuse du 7 juin 2016 (voir c. 4.3; dos. int. 17/1) ne donnent d'indication ou de détails s'agissant des critères de Budapest. En tout état de cause, l'utilisation de l'imagerie

pour la validation du diagnostic fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical (TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 c. 5.1 in fine). Il convient d'admettre avec la recourante (art. 7 recours) que le spécialiste en chirurgie orthopédique, dans son rapport d'expertise du 31 octobre 2023, n'a pas procédé lui-même, au jour de l'auscultation, à un examen détaillé des critères de Budapest. Force est néanmoins de relever que la documentation médicale au dossier était abondante et suffisante pour nier la présence de tels facteurs. Si l'assurée a rapporté des douleurs à l'épaule irradiant jusqu'à la main avec une perte de mobilité de la main gauche, une chaleur, un gonflement ou encore une tuméfaction, une impossibilité à fléchir la main ou une douleur de type "brûlure" au niveau de la partie dorsale de la main ainsi qu'au poignet (voir notamment dos. int. 17/1, 19/1, 32/1), les médecins consultés, de leurs côtés, n'ont pas évoqué, lors de leurs examens cliniques, de symptômes répertoriés dans les critères de Budapest (voir TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 c. 5.). Au contraire, le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant, dans son rapport du 21 octobre 2016, a exclu tout signe de Sudeck (voir c. 4.4; dos. int. 32/1). Ainsi, aucun élément au dossier ne permettait à l'expert, lors de l'établissement de l'expertise du 31 octobre 2023, d'étayer à suffisance l'existence de tels critères, en particulier s'agissant de la période de latence de six à huit semaines après l'accident (voir c. 4.2; dos. int. 4/1, 5/1 et 11/1; voir TF 8C\_234/2023 du 12 décembre 2023 c. 3.2), comme l'a constaté à juste titre l'expert dans son complément du 6 février 2024 (dos. int. 165/4). En outre, dans ce dernier écrit, l'expert a répondu aux reproches de la recourante (art. 7 recours) et a expliqué avec une argumentation concluante qu'il était inutile de pratiquer un tel examen lui-même, plus de sept ans après l'évocation du diagnostic (dos. int. 165/2) compte tenu de la période de latence évoquée ci-dessus.

**6.3.3** Pour infirmer le diagnostic de SDRC et asseoir au contraire la thèse d'une pathologie dégénérative musculaire (en lien avec une sous-utilisation) et ayant abouti à une capsulite rétractile, l'expert s'est appuyé sur les différents rapports d'IRM au dossier et en particulier sur celui daté du 15 octobre 2019 qui exclut toute pathologie traumatique séquellaire (rapport d'IRM du 15 octobre 2019 ne figurant pas au dossier de la cause mais dont le résumé figure dos. int. 151/54 et 160/20). L'expert a

également évoqué l'évolution favorable avec une mobilité de l'épaule qui a pu être retrouvée au-dessus de l'horizontale (amélioration également constatée par les médecins traitants de la recourante; voir notamment rapport des 21 octobre 2016 [voir c. 4.4; dos. int. 32/1], rapport du 28 avril 2017 [voir c. 4.6; dos. int. 64/1], rapport du 22 juin 2017 [voir c. 4.7; dos. int. 74/3]), avant une nette détérioration survenue en juin 2018 en raison d'un tremblement persistant et incontrôlé du membre supérieur droit, du tronc et des deux jambes (et sans raison pathologique quelconque; voir c. 4.8). Fort du constat d'absence de lésion structurelle démontrée de manière probante, l'expert a retenu de façon cohérente que des facteurs psychiatriques étaient prépondérants. Pour étayer sa conclusion, il a rappelé qu'un diagnostic de syndrome de conversion avait été posé en été 2018 (voir c. 4.8 et 4.10; dos. int. 113/4, 119/10, 116/2 et 130/5) et que l'assurée a également souffert de myoclonies amples et persistantes des membres inférieurs d'origine fonctionnelle probable (voir c. 4.12; dos. int. 151/6). Ce faisant, on ne voit rien à redire au raisonnement de l'expert, en tant qu'il a conclu que, si l'accident avait provoqué des séquelles traumatiques, celles-ci devaient être guéries à la date de l'IRM du 15 octobre (s'agissant des rotateurs et du long chef du biceps). On ne saurait non plus contredire l'expert, dans la mesure où il a relaté que, si une sous-utilisation avait pu causer une capsulite rétractile, cette dernière ne serait alors pas en lien avec l'événement du 18 janvier 2016, mais avec une pathologie dégénérative musculaire, et devrait quoi qu'il en soit aussi avoir guéri, sans séquelle. Enfin et comme déjà évoqué ci-dessus (voir c. 6.3.1 in fine), force est de reconnaître le caractère convaincant de l'avis de ce spécialiste lorsqu'il écarte le diagnostic de SDRC. Il convient donc de confirmer la force probante de ses conclusions, selon lesquelles les plaintes de l'assurée ne peuvent plus être en lien de causalité naturelle avec l'accident du 18 janvier 2016 et ce dès le 31 août 2017. Cette appréciation rejoint pour l'essentiel celle du médecin-conseil qui, dans son rapport du 17 juillet 2020, a également constaté l'amélioration de la symptomatologie en lien avec la capsulite rétractile (voir c. 4.11; dos. int. 139/3). Certes, ce médecin avait évoqué une composante psychiatrique, à l'instar du médecin généraliste traitant, qui avait recommandé de prendre en compte le contexte psychologique (dos. int. 85/2), de même que des médecins de la clinique de réhabilitation, qui avaient évoqué des facteurs

psychosociaux (dos. int. 119/13). Cet élément n'a toutefois pas échappé à l'expert, puisqu'il a relevé que la situation était parasitée par des troubles vraisemblablement d'origine psychiatrique (dos. int. 160/24). Or, on ne peut reprocher à ce dernier spécialiste de ne pas s'être prononcé davantage à ce sujet (vu sa spécialisation) ou de ne pas avoir conseillé à l'intimée d'instruire cette question. En effet, aucune atteinte psychiatrique n'avait été diagnostiquée en réalité (hormis le trouble de conversion posé en lien avec l'atteinte des fonctions des membres inférieurs, dont l'assurée avait entièrement récupéré; voir c. 4.8; dos. int. 120/1), en particulier dans le contexte de l'expertise mandatée par l'Office AI du canton de C.\_\_\_\_\_.

La date du statu quo sine, fixée au 31 août 2017 par l'expert, apparaît également crédible au vu du rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2017 dans lequel le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant a constaté l'absence d'amélioration significative l'ayant conduit à mettre un terme à son suivi (voir c. 4.7; dos. int. 80/1).

**6.4** Il faut donc conclure que l'expertise en chirurgie orthopédique du 31 octobre 2023 s'avère claire, complète et convaincante. Elle répond aux critères posés par la jurisprudence (voir c. 6.1) pour lui accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner d'investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit (voir à ce propos les conclusions du recours). Partant, force est d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2) qu'à tout le moins depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017, les atteintes au membre supérieur gauche de l'assurée ne peuvent être mises en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 18 janvier 2016 et qu'à compter de cette date au plus tard, les douleurs persistantes sont exclusivement imputables à des causes étrangères à l'accident. C'est donc à juste titre que l'intimée, dans sa décision sur opposition du 16 novembre 2023, a supprimé tout droit aux prestations à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017, vu la disparition, au plus tard dès cette date, d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs à l'épaule encore présentes chez la recourante.

**6.5** Dès lors qu'avec une vraisemblance prépondérante, une causalité naturelle doit être niée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017 entre les plaintes résiduelles de la recourante et l'événement du 18 janvier 2016, il s'avère superflu d'examiner la question de la causalité adéquate (voir aussi ATF 149 V 218 c. 5.2, 140 V 356 c. 3.2).

## **7.**

**7.1** Sur la base de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**7.2** La procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, raisonnement a contrario; voir aussi FF 2018 p. 1628), si bien qu'il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. Pour le surplus, il n'est alloué de dépens ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée qui ne peut en prétendre (art. 61 let. g LPGA; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a).

**7.3** L'assurée a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée à la désignation de son avocat comme mandataire d'office).

**7.3.1** Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

**7.3.2** En l'espèce, la recourante bénéficie de l'assistance des services sociaux (pièce justificative [PJ] 11 à 13 de la recourante). La condition formelle de l'assistance judiciaire est ainsi manifestement réalisée. En ce qui concerne la condition matérielle posée à l'octroi de celle-ci, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). En outre, la présente cause justifiait l'assistance d'un avocat. La requête doit dès lors

être admise et l'assurée mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'avocat la représentant est désigné en tant que mandataire d'office.

**7.3.3** La note d'honoraires du 6 mars 2024 de l'avocat de la recourante chiffre ceux-ci à un montant de Fr. 3'274.05 (Fr. 2'940.- d'honoraires [9.33 heures à Fr. 270.- et 1.5 heures à Fr. 280.-]), Fr. 97.90 de débours et Fr. 236.15 de TVA [Fr. 191.50 + Fr. 44.65 compte tenu des taux de TVA de 7.7% et respectivement 8.1%). Elle ne prête pas flanc à la critique, compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure ainsi que de la pratique du Tribunal dans des cas semblables. Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera au titre du mandat d'office la somme de Fr. 2'439.75, soit des honoraires de Fr. 2'166.- (10.83 heures à Fr. 200.-; art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 97.90 en sus (Fr. 11.60 en 2023 et Fr. 86.30 en 2024) de même que Fr. 175.85 (7.7% de Fr. 1'866.- [9.33 heures à Fr. 200.- l'heure] et Fr. 11.60 pour les honoraires et débours en 2023 et 8.1% de Fr. 300.- [1.5 heures à Fr. 200.- l'heure] et Fr. 86.30 pour les honoraires et débours en 2024) au titre de la TVA (voir également art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et avocates [LA, RSB 168.11] et l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

**7.4** La recourante doit néanmoins être rendue attentive à son obligation de remboursement si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B.\_\_\_\_\_ est désigné en tant que mandataire d'office.
4. Les honoraires de Me B.\_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 2'940.-, auxquels s'ajoutent les débours de Fr. 97.90 et la TVA par Fr. 236.15; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'439.75 (débours et TVA compris) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la recourante, par son mandataire,
  - à l'intimée,
  - à l'Office de la santé publique,
  - à la CSS assurance.

Le président:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification 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).