

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juin 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : MM. Neu et Abrecht
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

H._____, à Pully, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 11 et 36 LAA

E n f a i t :

A. H._____, né le 21 mai 1970, travaillait depuis le 1^{er} mai 2007 en qualité d'ouvrier pour le compte de l'entreprise U._____ Sàrl, à Genève. Il était à ce titre assuré en assurance-accidents LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou la caisse).

Par déclarations de sinistre LAA des 5 juillet et 21 août 2007, l'assuré a fait annoncer par son employeur un accident survenu sur un chantier le 21 juin 2007 à 14 heures. Il était mentionné qu'il avait « glissé » et était « tombé » et que la partie du corps atteinte était le dos. L'intéressé avait déjà un dossier ouvert auprès de la CNA pour une chute survenue le 24 novembre 1997 alors qu'il travaillait comme aide-couvreur. Cet accident avait causé une fracture stable de D11 et une fracture instable de L1, motivant une spondylodèse D12-L2 le 5 décembre 1997, avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1998.

En ce qui concerne l'accident du 21 juin 2007, l'assuré a notamment déclaré ce qui suit à l'inspecteur de la CNA le 14 septembre 2007 :

« En date du 21.06.2007 à 14h00, je me trouvais sur un chantier lorsque j'ai posé mon pied gauche dans un trou d'un mètre de profond. J'ai vu le vide et suis tombé sur mon flanc droit de ma hauteur. J'ai heurté mon dos contre les ferrailles posées sur le sol au niveau des lombaires ».

L'assuré aurait continué à travailler et aurait senti de fortes douleurs le soir. Le lendemain, il aurait appelé son médecin, le Dr R._____ qui n'aurait pas pu le recevoir immédiatement. Celui-ci a examiné l'assuré le lundi 25 juin 2007 et l'a envoyé au Centre F._____. Comme aucune intervention chirurgicale urgente n'était nécessaire, l'intéressé était de retour à la maison le mardi soir et a bénéficié d'un arrêt de travail de deux semaines. Le Dr R._____ a revu son patient le 3 juillet

2007 pour effectuer la synthèse de la situation et l'a adressé à un médecin généraliste germanophone, le Dr S._____.

Après avoir rempli les déclarations de sinistre, l'employeur U._____ Sàrl a nié la réalité de l'accident subi par l'assuré. Il a notamment précisé que personne n'était au courant de l'accident dans l'entreprise et que son employé n'était pas sur le chantier au moment du prétendu accident. Il a déclaré que l'intéressé avait profité de son engagement pour relancer son dossier auprès de l'assurance-accidents. Il ressort toutefois des différentes pièces au dossier requises (récapitulation des salaires 2007 et rapport du Dr R._____ du 9 décembre 2008) et de l'audience d'instruction du 29 janvier 2009, que les déclarations de l'assuré sont suffisamment établies.

Les dossiers de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) et de la CNA relatif à l'accident de 1997 ont été produits.

Il ressort du dossier de la CNA que, le 3 février 2000, l'assuré a été examiné à l'agence de Regensdorf par le Dr A._____, spécialiste FMH en chirurgie. Etant donné qu'il paraissait bien remis, le praticien lui a reconnu une pleine capacité de travail dès le 7 février 2000 dans une activité adaptée et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % lui a été allouée par une décision entrée en force du 15 février 2000. En mars 2004, l'assuré qui avait retrouvé du travail dès le 13 octobre 2003 comme aide-monteur en charpente métalliques, a annoncé une rechute et un traitement a été repris. Le 16 avril 2004, l'assuré a été examiné à l'agence de Zurich par le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a relevé que l'intéressé n'était pas arrivé à trouver une activité adaptée et avait travaillé jusqu'à fin février 2004, toutefois avec beaucoup de difficultés. L'assuré a ensuite bénéficié d'une évaluation fonctionnelle à Bellikon le 3 septembre 2004, suivie d'un programme d'entraînement ergonomique du 17 novembre au 6 décembre 2004. En octobre 2005, l'assuré a trouvé un travail à Lausanne comme ferrailleur. Se plaignant de dorso-lombalgies persistantes irradiant dans les membres inférieurs, à

gauche plus qu'à droite, alors qu'il continuait à prendre régulièrement des AINS (= anti-inflammatoires non-stéroïdiens), l'assuré a été revu par le Dr B._____ le 19 juin 2006. Objectivement, ce dernier a constaté que la mobilité était assez bien récupérée, que la musculature était puissante et non contracturée et qu'il n'y avait pas d'atteinte radiculaire. Une pleine capacité de travail a été reconnue à l'assuré dans une activité moyennement lourde et les limitations fonctionnelles ont été précisées. L'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 3 février 2000 a été confirmée, l'assuré ayant reçu une indemnité pour atteinte à l'intégrité et aucune rente. En décembre 2006 et février 2007, l'assuré a consulté le Dr [...], orthopédiste au Centre F._____. Un nouveau bilan radiologique a montré une consolidation des fractures avec une cyphose segmentaire de D11 à L2 de 35°, la situation s'étant quelque peu aggravée par rapport à celle qui prévalait en 1998. Le spécialiste a estimé qu'il fallait garder un traitement conservateur et a proposé que le patient fasse un nouveau séjour à Bellikon ou à Sion. Le Dr B._____, dans une appréciation médicale du 18 avril 2007, est resté sur sa position selon laquelle il n'y avait pas d'aggravation par rapport à la situation qui prévalait en 2000 et a estimé qu'un nouveau séjour dans une clinique de réadaptation n'apporterait pas grand-chose. La caisse a procédé à une approche théorique de la situation, concluant à une perte économique nettement inférieure à 10 %, et une décision en ce sens a été rendue le 25 avril 2007, contre laquelle l'assuré, par l'intermédiaire de Me Dominique Chopard, a formé opposition. Ladite décision a été confirmée par une décision sur opposition du 29 mai 2008, entrée en force.

Il ressort du dossier de l'Office AI que l'assuré a travaillé comme ouvrier sur des chantiers, ne peut plus exercer des travaux manuels lourds, mais que sa capacité de travail est probablement totale dans une activité adaptée. L'Office AI a décidé de mettre en œuvre des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation (cours de langue française) et d'un service d'aide au placement.

Une IRM dorso-lombaire effectuée le 26 juin 2007 au Centre F._____ a révélé des anciennes fractures des corps vertébraux de D11

et de L1, sans changement par rapport à l'examen du 15 janvier 2007 pratiqué dans le même établissement.

A la suite de l'accident du 21 juin 2007, l'assuré a été examiné les 15 novembre 2007 et 10 mars 2008 par le médecin-conseil de la CNA, le Dr C._____. Le praticien constate un effacement de la jonction dorso-lombaire. La musculature paravertébrale est bien développée. Elle est diffusément tendue, mais elle ne paraît pas spécialement douloureuse à la palpation. La mobilité rachidienne semble passablement limitée sur tous les plans. En tout cas, les mouvements sont vite interrompus. La mobilisation s'effectue quand même harmonieusement. La station assise prolongée est soutenue sans problème. En revanche, le patient a un peu de peine à changer de position. La manœuvre de Lasègue donne lieu à des douleurs lombaires, mais elle n'est pas bloquée. Les réflexes ostéo-tendineux sont très peu vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. Il convient de noter que les radiographies de la colonne lombaire et l'IRM dorso-lombaire, réalisées quelques jours après l'accident, n'ont pas montré de nouvelles lésions par rapport à l'examen du 15 janvier 2007. Au total, l'impression qui prévaut est que l'accident du 21 juin 2007 n'a pas entraîné grand-chose. En revanche, l'arrêt de travail qui s'en est suivi a déconditionné à nouveau l'assuré. Comme le Dr B._____ avait eu l'occasion de le souligner à maintes reprises, le vrai problème de l'assuré est celui de sa réinsertion professionnelle. En effet, il n'est compétent que dans des activités largement inadaptées aux séquelles de son accident du 24 novembre 1997 et il est incapable de trouver un emploi qui lui convienne. Lors de l'examen clinique durant son séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 11 au 28 décembre 2007, il a été également observé un comportement douloureux variant selon les circonstances et beaucoup d'incohérences. Les médecins de la CRR ont relevé que les IRM lombaires des 15 janvier et 26 juin 2007 étaient superposables. Un examen neurologique, assorti d'un EMG, n'a rien montré de particulier et un consilium psychiatrique n'a pas retenu de troubles atteignant un seuil diagnostique. Au terme du séjour, l'assuré n'a constaté aucune amélioration. Il s'est peu investi dans les thérapies et les spécialistes de la

réadaptation se sont rendus compte qu'il sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles de façon importante. Du point de vue thérapeutique, la poursuite de la physiothérapie ambulatoire est inutile. L'accident ne développe certainement plus d'effet. Au plan professionnel, l'assuré ne cherche pas d'emploi, alors qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans ces conditions, le médecin-conseil ne peut que proposer à la CNA de mettre un terme à ses prestations.

Selon le rapport de la CRR du 10 janvier 2008, il n'y a pas d'élément permettant d'affirmer que le traumatisme qui serait survenu le 21 juin 2007 a aggravé durablement l'atteinte à la santé préexistante. Subjectivement, les plaintes sont les mêmes que celles signalées avant cet événement. Ainsi, contrairement à ce que l'assuré déclare, l'irradiation des dorso-lombalgies dans le membre inférieur droit n'est pas nouvelle, puisque le Dr B. _____ signalait, le 19 juin 2006, que l'assuré se plaignait de dorso-lombalgies persistantes irradiant dans les membres inférieurs à gauche plus qu'à droite. Objectivement, il n'y a pas d'accentuation sur les examens radiologiques de la cyphose D11-L2 préexistante ou de nouvelle fracture. Quant au très discret rétrolisthésis L2-L3, il a une origine dégénérative. Du point de vue neurologique, on ne retient pas d'atteinte périphérique. Une incapacité de travail n'est reconnue que pour la durée du séjour.

B. Par décision du 27 mars 2008, traduite en allemand le 9 avril 2008, la CNA a mis fin au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux avec effet au 31 mars 2008.

Dans son opposition du 6 mai 2008, l'assuré relève qu'il a effectivement subi un accident en 1997, avec rechutes notamment en 2000, mais que les séquelles de l'accident n'étaient pas invalidantes dès lors qu'il pouvait exercer son métier de ferrailleur à plein et sans encombre lorsqu'est survenu l'accident du 21 juin 2007. Il soutient que la CNA semble admettre que l'activité de ferrailleur n'est plus adaptée, mais qu'elle ne fixe pas les prestations relatives à la perte de gain subie, soit en raison de l'accident du 21 juin 2007, soit en raison de l'aggravation des

séquelles résultant d'accidents antérieurs. Par ailleurs, les professions adaptées n'ont pas été définies. Dès lors que les possibilités physiques n'ont pas été étudiées, la décision lacunaire doit être annulée.

Par décision sur opposition du 29 mai 2008, la CNA a confirmé sa décision du 9 avril 2008 retenant que, de l'avis du médecin-conseil, l'accident du 21 juin 2007 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assuré présentait encore.

C. C'est contre cette dernière décision que l'assuré, par acte du 25 juin 2008, a recouru par l'intermédiaire de son mandataire, Me Philippe Nordmann, puis par Me Anne-Sylvie Dupont. Il relève que la caisse elle-même reconnaît depuis le début qu'il ne peut plus exercer des métiers très pénibles du bâtiment et estime que les suites de l'accident de 1997 se sont aggravées en raison d'une activité trop lourde, du déconditionnement lié aux arrêts de travail récents et du nouvel accident de 2007. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente d'invalidité consécutive aux accidents de 1997 et 2007, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dans le but de connaître ses limitations physiques et les effets, sur un certain nombre d'activités, des migraines causées par les médications relatives aux accidents.

Dans sa réponse du 29 octobre 2008, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a confirmé l'absence d'élément permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé du recourant au-delà du 31 mars 2008. Elle a également constaté que celui-ci tentait, en vain, de remettre en cause la décision par laquelle il avait obtenu une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 pour-cent.

Le 12 novembre 2008, le recourant a réitéré sa requête d'expertise en vue de savoir exactement ce qu'il pouvait être encore à même de faire sur les plans orthopédique et/ou neurologique.

D. Les parties se sont déterminées lors de l'audience d'instruction du 29 janvier 2009. A cette occasion, il a été précisé que l'intimée avait

rendu deux décisions sur opposition le 29 mai 2008. La première, entrée en force, refusait l'octroi d'une rente d'invalidité LAA et confirmait l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. La seconde, objet du présent litige, concernait le droit aux prestations, plus précisément le statu quo sine de l'événement du 21 juin 2007. Le recourant a maintenu ses conclusions, ainsi que sa requête d'expertise, estimant qu'il convenait encore d'instruire son état médical et de déterminer ses limitations fonctionnelles et les types d'activités exigibles. Le juge instructeur a informé les parties que la requête d'expertise serait examinée avec le fond.

E n d r o i t :

1. Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Remplissant les conditions des art. 60 et 61 let. b LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que la CNA, intervenant pour les suites de l'événement subi le 21 juin 2007 par le recourant (chute sur les fesses de sa hauteur), a mis un terme à ses prestations d'assurance avec effet au 31 mars 2008. En réalité, le recourant tente de revenir sur la décision prise en 2000, par laquelle la CNA lui avait dénié tout droit à une rente d'invalidité, tout en le mettant

au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, à la suite de l'accident survenu en 1997. Tenant compte de l'annonce de plusieurs rechutes, le refus du droit à la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixés par la décision de 2000 ont été confirmés par la décision sur opposition du 29 mai 2008, qui n'a pas fait l'objet d'un recours. Dans sa réplique, le recourant soutient que l'issue du litige ne dépend pas essentiellement de savoir si on parvient à démontrer qu'il existe des séquelles de l'accident de 2007 - même si en effet cet accident de 2007 n'a fait que déstabiliser l'équilibre précaire acquis après l'accident de 1997 -, mais de la nécessité de reconnaître une rechute qui devrait être prise en charge par la CNA, qui assure l'accident de 1997. En effet, selon le recourant, il n'existe aucune cause non traumatique à l'incapacité de travail actuelle et aucun état antérieur susceptible de jouer un rôle.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 31 mars 2008, des prestations pour l'accident dont le recourant a été victime suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré

et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 181 consid. 3.2, 129 V 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a souligné à cet égard que, 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 serait survenu tôt ou tard 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 rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF U_149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3, U_99 du 14 mars 2000; RAMA 1992 U 142 p. 75).

Selon la jurisprudence du TFA, une simple contusion de la colonne vertébrale n'est pas en mesure d'occasionner des troubles de la santé au-delà d'une période de quelques mois. Selon l'expérience médicale, les douleurs consécutives à une contusion du rachis sur un état dégénératif, comme celui de l'assuré, peuvent être en relation de causalité naturelle avec l'accident pendant une durée de 6 à 9 mois au maximum (TF U_185/03 du 12 février 2005, U_8/05 du 12 avril 2005).

c) Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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 maladie 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 138 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, sous réserve des cas de lésions structurelles claires (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; TF U_249/05 du 20 février 2006 consid. 1).

5. En l'occurrence, tant le Dr C._____, qui a examiné le recourant à plusieurs reprises, que les médecins de la CRR, qui ont eu l'occasion de l'observer sur une période de deux semaines, ont conclu à la normalité des examens et à l'absence d'élément permettant d'affirmer l'existence d'une aggravation durable, allant au-delà de l'incapacité de travail passagère admise jusqu'au 31 mars 2008. Les praticiens ont par ailleurs noté une autolimitation volontaire lors des exercices pratiqués à la CRR. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations à compter du 31 mars 2008, soit un peu plus de 9 mois après l'événement du 21 juin 2007. Le dossier est en outre suffisamment instruit sur le plan médical et il n'y a pas de divergences entre les rapports des médecins-conseils et ceux des médecins des stages de réadaptation, de sorte que la requête d'expertise doit être rejetée.

De surcroît, il convient de noter que les radiographies de la colonne lombaire et l'IRM dorso-lombaire, réalisées quelques jours après l'accident, n'ont pas montré de nouvelles lésions par rapport à l'examen du 15 janvier 2007. De manière concordante, les médecins consultés ont établi qu'il n'y avait actuellement pas d'élément permettant d'affirmer que le traumatisme survenu le 21 juin 2007 avait aggravé durablement l'atteinte à la santé préexistante. Il n'y a donc pas de rechute ni d'aggravation des atteintes de l'accident de 1997. Au surplus, les questions du droit à la rente, de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, des activités exigibles, des limitations fonctionnelles et des suites de l'accident de 1997 étaient l'objet de la décision entrée en force du 29 mai 2008, relative à l'accident 1997 et à ses rechutes. Cette décision a par ailleurs été communiquée par écrit à Me Philippe Nordmann, comme celle relative à l'accident de 2007 l'a été à Me Dominique Chopard.

6. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans frais ni allocation de dépens.

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition prise le 29 mai 2008 par la CNA à la suite de l'accident du 21 juin 2007 est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour H. _____)
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)

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 :