

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 décembre 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourante,

et

O. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 2 et 36 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, travaille depuis le 1^{er} janvier 2002 en qualité d'employée de bureau au sein de [...]. Elle est à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'O._____ (ci-après : O._____ ou l'intimée).

En 2016, l'assurée a bénéficié d'une intervention chirurgicale à l'épaule droite, sous la forme d'une réparation arthroscopique du tendon supra-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec une ténodèse du long chef du biceps.

Le 22 mai 2019, l'assurée a chuté dans un escalier durant ses vacances. D'une déclaration de sinistre du 13 juin 2019, il est plus particulièrement ressorti que l'assurée est tombée en avant dans un escalier, s'est rattrapée avec la main gauche sur la rampe d'escalier, puis a continué de glisser, la main toujours accrochée à la rampe. Ce document indique de plus qu'à son retour de vacances, le 6 juin 2019, l'intéressée a consulté sa médecin traitante, la Dre V._____, en raison de douleurs à l'épaule gauche et que cette dernière lui a prescrit neuf séances de physiothérapie, sans arrêt de travail.

Le cas a été pris en charge par O._____ (cf. courrier du 17 juin 2019).

Le 25 septembre 2019, l'assurée a subi une nouvelle réparation du tendon supra-épineux de l'épaule droite.

Une arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule gauche a été effectuée le 28 février 2020 par la Dre X._____, radiologue, en vue de rechercher des lésions post-traumatiques des tendons de la coiffe. L'arthro-IRM a révélé une déchirure interstitielle du tendon du supra-épineux, sans déchirure de sa face superficielle ou de sa face profonde, une bursite sous-deltaïde modérée, une absence de

déchirure du labrum, une arthropathie acromio-claviculaire modérée avec une poussée congestive modérée, ainsi que plusieurs signes en faveur d'une capsulite rétractile, restant à confronter au statut clinique.

A l'issue de la consultation du 28 février 2020, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment posé le diagnostic de « tendinopathie du supra-épineux gauche avec décompensation d'une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule gauche, post-traumatique le 22.05.2019 », avec des douleurs persistantes, mais d'intensité fluctuante. Il a proposé un traitement conservateur, avec quelques séances de physiothérapie et, si l'évolution devait être stagnante, une infiltration acromio-claviculaire et sous-acromiale sous contrôle échographique.

Par courrier électronique du 6 mai 2020 adressé à O._____, l'assurée a requis le remboursement d'une facture relative à l'arthro-IRM du 28 février 2020.

O._____ a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main. Dans son rapport du 2 septembre 2020, celui-ci a notamment retenu ce qui suit :

« Sur la base du dossier à disposition, seul le diagnostic de contusion/entorse bénigne de l'épaule gauche pourrait être retenu en lien avec l'évènement du 22.5.2019. Ces affections guérissent généralement sans séquelles en moins de 3 mois, de sorte que le statu quo sine de cet évènement a dû être retrouvé au plus tard à cette échéance. L'IRM et la consultation médicale du 28.2.2020 ne montrent aucun signe de lésion anatomique traumatique mais uniquement des lésions dégénératives, notamment une tendinopathie interstitielle du sus-épineux, ce qui est fréquent à l'âge de l'assurée et qui devrait être prise en charge par sa caisse-maladie. »

Par décision du 25 septembre 2020, O._____ a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 21 août 2019, au motif que

les troubles de l'assurée à compter du 22 août 2019 n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'évènement du 22 mai 2019.

L'assurée s'est opposée à la décision susmentionnée le 16 octobre 2020. Elle a fait valoir que les atteintes actuelles à son épaule gauche étaient consécutives à l'accident du 22 mai 2019, respectivement qu'il s'agissait de lésions assimilées à un accident. L'intéressée a soutenu ne pas avoir présenté d'état préexistant, respectivement ne pas avoir eu de problème à l'épaule et au bras gauches avant l'accident. Elle a allégué que les douleurs et la perte de mobilité ressenties n'étaient apparues qu'après cet accident et qu'elle n'avait jamais recouvré son état de santé antérieur au sinistre. Elle a encore fait valoir que son médecin traitant et son chirurgien orthopédique ne se ralliaient pas à l'avis du Dr L._____.

Par décision sur opposition du 19 janvier 2021, O._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Elle a relevé que l'IRM et la consultation médicale du 28 février 2020 ne montraient aucun signe de lésion anatomique traumatique mais uniquement des lésions dégénératives, notamment une tendinopathie interstitielle du sus-épineux. O._____ a par ailleurs estimé que c'était en vain que l'assurée déclarait ne pas avoir souffert de l'épaule avant l'accident, le Tribunal fédéral n'accordant aucune valeur à l'adage « *post hoc ergo propter hoc* ». Selon elle, les conclusions du Dr L._____ étaient cohérentes, concordantes et convaincantes, de sorte que son rapport remplissait toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. L'assureur a en outre retenu que le diagnostic de tendinopathie du supra-épineux ne figurait pas dans le catalogue des lésions corporelles assimilées à un accident défini dans la loi et que, quoi qu'il en soit, lorsque la causalité entre l'accident et le trouble devait être niée, on ne pouvait recourir à une lésion assimilée « par substitution ».

B. Par acte du 19 février 2021, Q._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Elle a allégué que, sans remettre en doute le bienfondé de la réflexion du Dr

L._____, celui-ci n'avait pas pris en compte dans son analyse l'importante sollicitation de l'articulation de son épaule gauche visant à compenser les douleurs présentes à l'épaule droite, opérée en 2016. Elle a également fait valoir qu'elle avait consulté le Dr K._____ en septembre 2019 s'agissant de son épaule droite et qu'à cette occasion, celui-ci avait constaté un problème à l'épaule gauche. En outre, elle a relevé que, grâce à du repos et des séances de physiothérapie, l'évolution de son épaule gauche avait été positive, de sorte qu'il s'agissait bien des conséquences d'un accident, et non de signes de vieillesse, auquel cas elle ressentirait toujours des douleurs. Pour étayer ses dires, la recourante a notamment produit deux rapports établis par le Dr K._____. Le premier, du 10 janvier 2020, faisait référence au suivi post-opératoire de l'épaule droite le 25 septembre 2019 et signalait également une tendinopathie post-traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 22 mai 2019, d'évolution stagnante et nécessitant la mise en œuvre d'une arthro-IRM pour le prochain contrôle prévu fin février 2020. Le second, du 12 mai 2020, relatif à une consultation du 8 mai 2020, attestait de l'évolution favorable des deux épaules, avec des douleurs sous contrôle, si ce n'était lors de changements de température ou d'efforts, d'intensité supportable.

Par réponse du 31 mars 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. En substance, elle s'est référée à sa décision sur opposition attaquée. Elle a ajouté que le Dr K._____ n'avait jamais fait état d'une utilisation intensive de l'épaule gauche, si bien que l'argumentation de la recourante ne reposait sur aucun fondement médical.

Par réplique du 23 avril 2021, la recourante a notamment affirmé qu'avant la survenance des événements accidentels à ses épaules, elle n'avait jamais souffert de celles-ci, ni présenté aucun déficit de force ou de mobilité. Elle a également invoqué le manque de fiabilité des expertises menées par les médecins mandatés par les assureurs-accidents, tel le Dr L._____. D'après elle, les conclusions de ce dernier étaient plus que discutables dans la mesure où ce qui était valable pour un patient ne l'était pas nécessairement pour un autre. A son avis, on ne pouvait ainsi pas conclure que toute personne ayant subi un accident à

l'épaule, tel que celui qu'elle avait enduré, devrait être rétablie sans séquelles en moins de trois mois.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'intimée du traitement de son épaule gauche pour la période postérieure au 21 août 2019, en lien avec l'évènement du 22 mai 2019.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se

serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de 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. Cependant, 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 ou plus 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF

119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures de tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un évènement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prêter. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prêter s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner

objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

6. **a)** En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'évènement du 22 mai 2019 – lors duquel l'assurée a subi une chute dans un escalier, se rattrapant à la rampe d'escalier et continuant de glisser, la main toujours accrochée à la rampe – est constitutif d'un accident.

b) Est litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'assurée et, ainsi, la prise en charge par l'intimée des suites de cet accident, en particulier au-delà du 21 août 2019.

Lors de la consultation du 10 janvier 2020, le Dr K._____ a ordonné une arthro-IRM de l'épaule gauche en raison de douleurs persistantes à cette épaule, en vue de rechercher des lésions post-traumatiques des tendons de la coiffe. Celle-ci a eu lieu le 28 février 2020. Selon le rapport du Dr K._____ daté du même jour, il est établi que la recourante présente une tendinopathie du supra-épineux de l'épaule gauche, avec décompensation d'une arthropathie acromio-claviculaire. Certes, le médecin a mentionné dans son rapport que cette atteinte est « post-traumatique ». L'utilisation du terme « post-traumatique » dans le langage médical n'est toutefois pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner au terme « post-traumatique » (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'occurrence, le Dr K._____ ne précise pas s'il fait état, par cette formulation, d'un rapport de causalité avec l'accident ou s'il indique simplement que les atteintes constatées sont apparues postérieurement à cet évènement. Quoi qu'il en soit, il ne motive pas les raisons pour lesquelles il constaterait un éventuel rapport de causalité. Partant, l'analyse de ce médecin ne permet pas de retenir l'existence d'un lien de causalité.

Le Dr L._____, quant à lui, a constaté que l'anamnèse et les pièces médicales au dossier permettaient tout au plus d'admettre que l'accident avait provoqué une simple contusion ou une entorse bénigne de l'épaule gauche. Il a en effet noté que l'IRM du 28 février 2020 ne révélait aucune lésion anatomique traumatique, mais uniquement des lésions

dégénératives, fréquentes à l'âge de l'assurée. Il a, en d'autres termes, considéré que l'accident avait tout au plus décompensé provisoirement une atteinte à la santé préexistante.

De l'avis du Dr L._____, une contusion ou une entorse bénigne guérissent généralement en trois mois. Compte tenu de ce qui précède, il a proposé de fixer un *statu quo sine* au plus tard au 21 août 2019. Les éléments au dossier ne viennent pas sérieusement remettre en question le postulat émis par le médecin-conseil d'O._____. L'assurée a annoncé des douleurs à l'épaule gauche le 13 juin 2019, après avoir consulté sa médecin traitante le 6 juin 2019, à son retour de vacances. Elle a transmis à l'intimée des investigations médicales y relatives en mai 2020, avant de compléter ses explications en février 2021, devant la Cour de céans, en indiquant que les problèmes de l'épaule gauche avaient déjà été constatés en septembre 2019 et en produisant un rapport de consultation de janvier 2020. Ces éléments se rapportent néanmoins à une tendinopathie qualifiée de dégénérative par le Dr L._____ et sur laquelle le Dr K._____ ne fournit aucune précision permettant d'aboutir à un autre constat. Il reste qu'ensuite de l'accident du 22 mai 2019 et la prescription de neuf séances de physiothérapie, aucun suivi médical spécifique de l'épaule gauche n'a été entrepris et ce durant plusieurs mois. Dans ces conditions, on comprend que, pour une contusion de l'épaule gauche, le Dr L._____ se soit fondé sur la règle de l'expérience pour conclure à un *statu quo sine* de trois mois après l'accident.

La recourante fait valoir que le rapport du Dr L._____ manquerait de fiabilité puisque ce dernier était médecin-conseil de l'intimée. Or, le fait qu'un médecin soit lié à l'assureur par un contrat de travail ou de mandat ne constitue pas un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de ce médecin (cf. consid. 5b *supra*). L'intéressée n'apporte par ailleurs aucun autre élément permettant de faire naître un doute quant à l'impartialité ou l'indépendance du médecin-conseil.

La recourante soutient également que la persistance des douleurs serait liée à une sollicitation importante de l'épaule gauche en raison d'une recrudescence des douleurs de l'épaule controlatérale et de la nouvelle intervention à cette épaule en septembre 2019. Il s'agit toutefois d'une simple hypothèse, qui n'est corroborée par aucun document médical au dossier. Une telle relation de causalité peut tout au plus être considérée comme possible, mais n'est pas établie au stade de la vraisemblance prépondérante, sans qu'une instruction complémentaire sur ce point, plusieurs mois après les faits, soit de nature à clarifier la situation.

L'intéressée se prévaut de surcroît d'une évolution positive de son épaule gauche liée à du repos et des séances de physiothérapie, qui démontrerait l'origine accidentelle de ses douleurs. Cette argumentation ne convainc pas dans la mesure où une évolution positive sous traitement ne permet pas de se prononcer sur la cause des douleurs.

Enfin, les arguments de la recourante relevant qu'avant l'accident, elle n'avait jamais ressenti de douleur ou de perte de mobilité à l'épaule gauche relèvent d'un raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » insuffisant à démontrer l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'évènement litigieux (cf. consid. 3b *supra*).

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée retient à juste titre, sur la base d'un rapport probant de son médecin-conseil, que les atteintes présentées par la recourante dès le 22 août 2019 ne résultent plus de l'accident du 22 mai 2019 mais d'une atteinte dégénérative préexistante. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire ou d'un renvoi pour instruction complémentaire n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

c) La recourante se prévaut, enfin, de l'art. 6 al. 2 LAA relatif aux lésions assimilées. Il est vrai que l'arthro-IRM a mis en évidence une petite déchirure interstitielle du tendon supra-épineux. Toutefois, le Dr

L._____ a constaté le caractère dégénératif de cette lésion dans son rapport du 2 septembre 2020, que la recourante ne remet pas en cause sérieusement sur ce point. On voit mal, dans ce contexte, en quoi la sollicitation accrue de son épaule gauche serait de nature à modifier cette origine dégénérative. La recourante ne peut ainsi tirer aucun avantage de l'art. 6 al .2 LAA.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 janvier 2021 par O._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Q. _____,
- O. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :