

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 février 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

**T.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 18 et 19 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, était engagé en tant que distributeur de journaux par l'entreprise I. \_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2006, à 100%. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 11 décembre 2014, alors qu'il rentrait en scooter d'une tournée de livraison, l'assuré a été percuté par une voiture. Il a ensuite chuté, son épaule droite heurtant la bordure du trottoir. Depuis lors en incapacité de travail, la CNA a pris le cas en charge.

A l'occasion d'un rapport médical intermédiaire du 27 février 2015, la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital de [...], a retenu les diagnostics de status post résection de la clavicule distale, d'acromioplastie et de suture de la coiffe de l'épaule droite. Elle relevait également des douleurs partiellement soulagées, respectivement la persistance de douleurs principalement nocturnes au niveau de l'épaule droite. Au vu d'un pronostic réservé, la possibilité d'un retour au travail devait être réévaluée à la fin du mois de mars.

Devant la persistance de douleurs cinq mois après l'événement traumatique, un séjour au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) a été organisé. L'assuré y a séjourné du 27 mai au 23 juin 2015. Au terme du séjour, par rapport du 7 juillet 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin assistant, se sont prononcés sur le cas de l'assuré, retenant les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de l'épaule droite, de capsulite rétractile de l'épaule droite avec syndrome épaule-main, d'accident de la circulation avec traumatisme direct de l'épaule droite, de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire droite. Concernant la capacité de travail de l'intéressé, ces médecins ont exposé les éléments suivants :

« L'évolution subjective et objective est non significative (cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée. Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues : mouvements répétitifs, travail au-dessus de l'épaule, port de lourdes charges.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Proposition d'une poursuite ambulatoire à visée d'amélioration des fonctions articulaires, musculaires et proprioceptives.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 à 6 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison de facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs non-médicaux. En effet le patient a reçu sa lettre de licenciement la veille de sa sortie de la clinique, de plus il ne possède pas de formation certifiante.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable, mais il existe des facteurs défavorables qui sont l'âge et le manque de formation. »

Le 17 novembre 2015, l'assuré a subi une intervention chirurgicale à l'épaule droite sous la forme d'une reprise de rupture de la coiffe des rotateurs, pratiquée par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. À l'occasion d'un rapport médical établi le 30 novembre 2015, ce médecin a retenu comme diagnostic une rupture de la coiffe de l'épaule droite. Une reprise du travail n'était pas envisageable avant au moins quatre mois. Ayant revu l'assuré le 11 mars 2016, le Dr S.\_\_\_\_\_ a rapporté la persistance des douleurs malgré une progression sur le plan physio-thérapeutique. Le 27 mai 2016, à l'occasion d'une consultation, il a conseillé à l'assuré de réfléchir à un recyclage professionnel, par exemple un emploi dans la sécurité ou dans une activité ne sollicitant pas trop ses membres supérieurs.

L'assuré a effectué un second séjour à la Clinique romande de réadaptation du 5 juillet 2016 au 3 août 2016. A l'occasion d'un rapport de

sortie du 5 août 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_ et le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitations fonctionnelles de l'épaule droite, de coiffe des rotateurs droite dégénérative, avec déchirure partielle chronique du tendon du muscle supra-spinatus, avec involution graisseuse musculaire et déchirure partielle à la jonction myotendineuse du muscle sub-scapularis à droite (IRM du 18 juillet 2016), d'ancienne atteinte axonale du plexus brachial droit, probablement du tronc supérieur (EMG du 18 juillet 2016), de re-rupture de coiffe avec re-suture du tendon du muscle supra-spinatus droit le 17 novembre 2015, de chute sur épaule droite le 11 décembre 2014 avec rupture de la coiffe des rotateurs opérée le 22 janvier 2015 par ténodèse du long chef du biceps, de suture du tendon du muscle supra-spinatus et acromioplastie et résection de la clavicule distale, de capsulite rétractile au décours, avec probable syndrome épaule-main à minima ainsi qu'une omarthrose débutante à droite. Ces médecins ont retenu une incapacité totale de travail de longue durée dans la profession actuelle de manœuvre, retenant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail au-dessus du plan des épaules, pas de port de charge en porte-à-faux, pas de travail nécessitant de monter ni de descendre des échelles ou des échafaudages, pas de travail répétitif avec le membre supérieur droit ou de traction du membre supérieur droit, même à la hauteur de la ceinture abdominale. Dans un tel contexte, les médecins ont conseillé à l'assuré de mener une réflexion sur des alternatives professionnelles adaptées.

Le 3 août 2016, à l'occasion d'un rapport évaluant les capacités professionnelles de l'assuré, les collaborateurs de la CRR ont retenu que les activités de chauffeur-livreur ou de coursier avec un port de charge léger, de préparateur de commande, de chauffeur de taxi ou d'ouvrier polyvalent en usine étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Le 26 septembre 2016, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA, a établi un examen final, dans lequel il a retenu qu'une activité professionnelle adaptée était une

activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux au-dessus du plan des épaules avec le membre supérieur droit (MSD), pas de mouvement répétitif du MSD éloigné du tronc, pas de port de charges avec le MSD éloigné du tronc, pas de mouvement de l'épaule droite en rotation interne ou externe, même bras droit accolé au tronc, pas de port de charges ou de travaux de force correspondant au port de charges de plus de 10 kg, bras accolé au tronc, pas de port de charges ou de traction sur le MSD bras décollé du tronc. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a estimé que dans une activité professionnelle respectant ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était totale. Par ailleurs, un taux d'atteinte à l'intégrité de 17,5% a été reconnu à l'assuré en raison de son atteinte à l'épaule droite.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a réagi à l'examen précité le 10 octobre 2016, soulignant que l'assuré prenait actuellement du Lyrica (anxiolitique) et présentait des douleurs chroniques, ce qui influait sur ses capacités mentales et, par conséquent, limitait aussi sa capacité de travail dans des activités adaptées. Dans sa situation, il n'y avait ainsi pas d'activité adaptée possible. Le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a partagé ces conclusions à l'occasion d'un courrier du 9 novembre 2016.

**B.** Le 11 novembre 2016, l'assuré a glissé dans les escaliers. Afin de protéger sa tête, il a mis ses deux bras en arrière et s'est réceptionné sur ses membres supérieurs. Lors de sa déclaration de sinistre du 22 novembre 2016, il a annoncé de fortes douleurs aux deux épaules. Le cas a également été pris en charge par la CNA.

Le 13 février 2017, O. \_\_\_\_\_ a subi une opération au niveau de l'épaule gauche.

A la suite de la chute de l'assuré et de son opération à l'épaule gauche, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 10 juillet 2017. Dans son rapport du 14 juillet 2017, ce médecin a retenu les diagnostics de status après traumatisme de l'épaule droite (11 décembre 2014), de

status après résection de la clavicule distale, acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps et réparation du tendon du sus-épineux de l'épaule droite (22 janvier 2015), de status après reprise chirurgicale de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ou déchirure itérative du sus-épineux (17 novembre 2015), de status après capsulite rétractile de l'épaule droite, de status après traumatisme de l'épaule gauche (11 novembre 2016), de status après réinsertion du tendon sus-épineux, de ténodèse du long chef du biceps de l'épaule gauche (13 février 2017), de status après drainage chirurgical d'un phlegmon de l'épaule gauche (12 avril 2017) et de status après arthroscopie, ménisectomie partielle du ménisque externe, gonarthrose du genou gauche (1<sup>er</sup> mai 2013). Lors de l'appréciation du cas, ce médecin a retenu les éléments suivants :

« Pour ce qui concerne l'épaule G, l'assuré est vu à 5 mois de l'opération et à 3 mois du drainage d'un phlegmon. Persistance de douleurs. L'assuré a remarqué que l'état de son épaule s'améliore progressivement. Le cas n'est pas stabilisé.

Pour ce qui concerne la capacité de travail, il ne sera plus apte à travailler dans son métier habituel car celui-ci ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'état de ses épaules. L'assuré peut exercer uniquement une activité adaptée aux limitations fonctionnelles c'est-à-dire éviter le port et le soulèvement de charges de plus 10 kg. Il devra éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules de l'horizontale ainsi que des mouvements répétitifs de celles-ci.

Une stabilisation est attendue à une année de l'intervention chirurgicale. »

Par courrier du 17 octobre 2017, la CNA a annoncé à l'assuré la fin du versement des indemnités journalières au 30 novembre 2017.

Par décision du 12 février 2018, la CNA a refusé toute rente d'invalidité à l'assuré. Elle a estimé que, sur la base des constatations médicales, l'intéressé était à même d'exercer en plein une activité ménageant les épaules en ne devant pas porter ou soulever des charges supérieures à 10 kilos, ni travailler au-delà de la ligne horizontale ou d'effectuer de mouvements répétitifs des épaules. La Caisse retenait que dite capacité de travail médicalement exigible lui permettait de travailler dans un atelier industriel (surveillance ou desserte de machines, travaux de petite mécanique, contrôle ou assemblage de produits manufacturés, etc.) et d'obtenir un salaire de 54'921 francs. Comparé au revenu de

48'425 fr. que l'assuré obtiendrait sans les accidents, il n'en résultait aucune perte.

Un examen final de la situation médicale de l'assuré a été effectué le 26 février 2018 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant auprès de la CNA. Dans son rapport du 27 février 2018, ce médecin a confirmé les diagnostics posés précédemment par le Dr L.\_\_\_\_\_, retenant les éléments suivants :

« Sur le plan médical, la situation peut être considérée comme clairement stabilisée au niveau de l'épaule D et les séquelles résiduelles actuelles peuvent être considérées comme durables. On peut encore s'attendre à une légère amélioration de la fonction de l'épaule G à la suite de la physiothérapie en cours. L'état devrait être cependant considéré comme stabilisé dans un délai de 15 mois après la dernière intervention et ne relèvera en principe plus que de mesures d'auto-physiothérapie et d'antalgie en fonction des douleurs.

Sur le plan professionnel, cet assuré actuellement sans emploi, pourrait théoriquement retrouver une pleine capacité dans une activité principalement à hauteur d'établi et ne nécessitant pas de port de charges ni de sollicitation des épaules au-dessus de l'horizontale. Il conviendrait également de tenir compte d'un syndrome cervical à mettre en relation avec la légère scoliose constatée. Cette comorbidité vertébrale indépendante de l'accident (qui justifierait d'un bilan radiologique vertébral complémentaire en cas de persistance ou d'accentuation des cervicalgies), peut en effet potentiellement limiter le rendement cet assuré dans une activité ne permettant pas les changements de postures. »

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a également arrêté un taux d'atteinte à l'intégrité de 12,5% en raison d'une limitation de la fonction utile de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale. Compte tenu d'un taux d'atteinte à l'intégrité de 17,5% précédemment retenu (26 septembre 2016), le taux d'atteinte à l'intégrité global s'élevait à 30%. L'assuré s'est vu indemnisé en date du 13 mars 2018.

Le 14 mars 2018, O.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, Me Gilles-Antoine Hofstetter, s'est opposé à la décision du 12 février 2018.

Par décision sur opposition du 16 novembre 2018, la CNA a partiellement accepté l'opposition de l'assuré, en ce sens que le versement des indemnités journalières a été repris jusqu'au 28 février 2018, la Caisse retenant que si l'état de l'épaule droite était stabilisé, cela n'était pas le cas concernant l'épaule gauche, une stabilisation étant attendue à 12 mois de l'intervention chirurgicale du 13 février 2017. La Caisse a cependant confirmé le refus d'une rente d'invalidité, retenant qu'il existait sur le marché du travail des emplois adaptés à l'atteinte de l'assuré. De telles places mettaient en évidence un gain réalisable annuel moyen de 54'921 fr. et n'entraînait ainsi aucune perte de gain, le salaire précédemment réalisé se montant à 48'425 francs.

Le 12 décembre 2018, l'assuré a produit un rapport médical établi par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 6 décembre 2018, dont la teneur est la suivante :

« Voici quelques nouvelles concernant votre client et mon patient Monsieur O. \_\_\_\_\_. Je le revois en date du 06.12.2018. Le problème de l'épaule droite n'est pas résolu. Il a toujours des douleurs résiduelles. Une difficulté à la mobilisation. Il se peut qu'il ait présenté une re-rupture suite à sa deuxième réparation de coiffe. Pour le moment il a bénéficié d'une infiltration. Il est clair que dans la situation actuelle, il ne peut absolument plus faire de travaux physiques. Dire à ce patient, comme le fait la Suva, qu'il n'a qu'à faire une activité professionnelle adaptée à son handicap est très hypocrite puisqu'en l'absence de formation, à l'âge de 59 ans, les chances de trouver un travail à ce niveau sont nulles. En ce qui me concerne, ce patient est toujours à 100% à l'arrêt de travail et je ne vois vraiment pas quelle activité adaptée il pourrait effectuer. Je me tiens à votre disposition si vous souhaitez des précisions. Dans le cas où les douleurs de l'épaule devaient augmenter, on referait une nouvelle arthro-IRM dans le courant de l'année prochaine. »

**C.** Parallèlement à la procédure en matière d'assurance-accidents, l'assuré avait, le 16 juillet 2015, déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par décision du 31 août 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 15 juin 2016. Dans un projet de

décision du 3 octobre 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017, en rapport avec son accident du 11 novembre 2016. L'assuré a recouru contre la décision du 31 août 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Le 17 janvier 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé par l'assuré et réformé la décision du 31 août 2017 en ce sens que O.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 (AI 318/17 - 19/2018 du 17 janvier 2018).

**D. a)** Par acte du 17 décembre 2018, O.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision sur opposition du 16 novembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, subsidiairement à ce que la décision sur opposition soit annulée, la décision attaquée étant renvoyée à la CNA pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Il soutient que la décision attaquée évalue incorrectement les taux d'incapacité et d'invalidité présentés par l'assuré, faisant valoir que l'Office de l'assurance-invalidité a retenu une incapacité de travail totalement invalidante chez l'assuré en raison des seules séquelles accidentelles. Il allègue également que la décision attaquée s'abstient, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, de prendre en considération l'importance des limitations présentées par le recourant, sa situation socio-professionnelle, son âge (58 ans) ainsi qu'une diminution de rendement évidente, la CNA ayant exclu tout abattement. L'assuré a également requis la mise en œuvre d'une expertise médicale, si la Cour de céans venait à douter de son incapacité de travail totale.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport établi par le Dr W.\_\_\_\_\_, du 27 novembre 2018, dans lequel ce médecin a retenu que l'intéressé avait subi une grave atteinte à son intégrité corporelle. Il indiquait également qu'au vu des limitations fonctionnelles

retenues par les médecins de la CRR, les activités préconisées comme préparateur de commandes et/ou chauffeur livreur, chauffeur de taxi, une activité dans le domaine industriel ou dans le domaine de la sécurité, n'étaient pas exigibles. Il soulignait que les conclusions prises lors des séjours de l'intéressé à la Clinique romande de réadaptation ne pouvaient être prises en considération concernant l'épaule gauche, l'accident concernant cette dernière étant intervenu postérieurement aux dits séjours. L'assuré a également produit un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2018 établi par le Dr S.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« **Examen clinique :**

**Epaules :** au niveau de l'épaule gauche, qui a été opérée pour la dernière fois d'une réparation de la coiffe, la force est bonne, la mobilité est correcte, il n'y a pas de douleurs à la palpation. A droite on constate une faiblesse du sous-épineux. Le sus-épineux présente une bonne force. L'élévation est jusqu'à 160°. La palpation de la clavicule distale à l'endroit de la résection est douloureuse. La manipulation de la clavicule lui déclenche les douleurs. Il y a également une petite sensibilité à la palpation de l'insertion du sus-épineux et sous-épineux sous le trochiter.

**Genou gauche :** présence d'un épanchement assez important. Douleurs à la palpation du plateau tibial externe dans la partie antérieure. Il n'y a pas de grosse laxité ligamentaire. Sur l'IRM du genou, il y a des troubles dégénératifs débutants. Un status après résection du ménisque interne.

**Diagnostic :**

Douleurs épaule droite sur un status après réparation de la coiffe et résection de la clavicule distale, soit sur inflammation de l'espace entre la clavicule et l'acromion, soit une re-rupture du sous-épineux. Genou gauche : troubles dégénératifs avec possible lésion de la partie antérieure du ménisque externe. »

**b)** Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> mars 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle rappelait que l'évaluation du taux d'invalidité retenu par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accident, l'arrêt de la Cour de céans étant d'ailleurs antérieur à la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé. Concernant les considérations du Dr S.\_\_\_\_\_, elles ne permettaient pas de mettre en doute le bien-fondé des constatations du Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 février 2018. Quant au rapport établi par le Dr W.\_\_\_\_\_, il ne pouvait être qualifié de probant, ce dernier ayant tenu toutes les limitations fonctionnelles retenues par la CRR comme définitives, sans prendre en compte une éventuelle progression de l'état de santé de l'assuré.

Concernant la question de l'abattement, la CNA soulignait que dans le cadre de la méthode des descriptions de postes de travail (DPT), aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle n'était justifiée ou encore admissible, contrairement à la pratique développée lors de l'utilisation des données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires) établies par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

**c)** A l'occasion de sa réplique du 29 avril 2019, l'assuré a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, subsidiairement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le recourant a droit à de pleines et entières indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2018, puis une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2018, plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à son renvoi devant la CNA pour nouvelle instruction. Il a en substance soutenu qu'au vu des avis médicaux divergents, les arguments développés par la Caisse n'emportaient pas conviction quant à l'invalidité de l'assuré. Une expertise à réaliser par un médecin indépendant était dès lors nécessaire.

**d)** Dans sa réplique du 31 mai 2019, la CNA a maintenu ses conclusions, relevant que l'assuré n'avancait aucun élément médical permettant de mettre en doute les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_. Elle soulignait également que les conclusions des Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ se rejoignaient tant sur la capacité de travail que sur les limitations fonctionnelles de l'assuré.

### **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 du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

**3. a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**b)** A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que

les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2). Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** Dans le cas d'espèce, le recourant ne bénéficie d'une capacité de travail, y compris dans une activité adaptée.

**b)** Le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que, subjectivement, les troubles douloureux de l'épaule gauche étaient au premier plan, l'assuré étant dérangé par une limitation résiduelle douloureuse de l'épaule lors de mouvements au-dessus de l'horizontale, ainsi que par des douleurs se manifestant la nuit suivant la position. Selon l'assuré, l'épaule droite le dérangeait moins, sa mobilité étant pourtant également diminuée et s'accompagnait de tensions douloureuses cervico-scapulaires. Objectivement, le Dr K. \_\_\_\_\_ a constaté une limitation globale de la mobilité de l'épaule gauche dont l'abduction active atteignait difficilement 110° avec des douleurs à partir de 90°. L'élévation de l'épaule gauche ne dépassait pas 130° (140° à droite). Se fondant notamment sur les constatations radiologiques, ce médecin a considéré que la situation était clairement stabilisée au niveau de l'épaule droite et qu'on pouvait s'attendre à une légère amélioration de la fonction de l'épaule gauche. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a conclu que le recourant pouvait théoriquement retrouver une pleine capacité de travail dans une activité principalement à hauteur d'établi et ne nécessitant pas de port de charges ni de sollicitations des épaules au-dessus de l'horizontale. En juillet 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_ avait déjà constaté que le recourant ne serait plus apte à exercer son activité habituelle mais uniquement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit éviter le port de charges de plus de dix kilos et des activités impliquant une mobilité des épaules au-dessus de l'horizontale ainsi que des mouvements répétitifs.

En premier lieu, comme le relève l'intimée, les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_ (rapport établi le 14 juillet 2017) et du Dr K.\_\_\_\_\_ (rapport du 27 février 2018) se rejoignent tant sur la capacité de travail résiduelle du recourant que sur les limitations fonctionnelles de ce dernier. Ces rapports abordent en outre de manière circonstanciée les différents points litigieux et se fondent sur des examens complets de la situation médicale, prenant en compte les plaintes de l'intéressé. Les conclusions prises sont claires et détaillées. Ces deux rapports revêtent ainsi une pleine valeur probante au regard des exigences jurisprudentielles en la matière.

**c)** Afin de contester la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport final d'appréciation du 28 février 2018 et reprises par l'intimée, le recourant se réfère en premier lieu à un rapport médical établi le 6 décembre 2018 par le Dr S.\_\_\_\_\_. Cet avis, peu détaillé et sans nouvel élément objectif, parle d'une difficulté à la mobilisation et d'une impossibilité d'effectuer des travaux physiques. Cependant, les limitations fonctionnelles retenues, soit une activité ménageant les épaules en ne devant pas porter ou soulever des charges supérieures à 10 kilos, ni travailler au-delà de la ligne médicalement exigible, tiennent précisément compte de la difficulté du recourant à la mobilisation. On remarque également la brièveté du rapport établi par le Dr S.\_\_\_\_\_. Ce dernier s'abstient en effet de détailler les limitations fonctionnelles de l'intéressé et ne fait valoir aucun élément médical justifiant une incapacité de travail complète, y compris dans une activité adaptée, faisant principalement état de l'âge avancé du recourant et de l'absence de formation professionnelle. Quant au rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2018, ce médecin y relève la mobilité correcte de l'épaule gauche et l'absence de douleurs, dites douleurs étant concentrées à l'épaule droite avec une faiblesse du sous-épineux. Ce rapport, à l'instar de celui cité précédemment, est passablement succinct et comporte uniquement une appréciation sommaire de l'état de santé du recourant, sans détailler ses limitations fonctionnelles ni indiquer d'élément médical nouveau à même de mettre en doute les conclusions des Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_. Son appréciation ne saurait ainsi emporter conviction. Quant à l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2018, il se fonde essentiellement

sur un rapport de sortie du 5 août 2016 de la Clinique romande de réadaptation afin de fixer les limitations fonctionnelles du recourant à l'épaule droite, telles que décrites en 2016. Le Dr W.\_\_\_\_\_ n'apporte cependant pas d'élément médical nouveau ni d'appréciation globale et actuelle de l'état de santé du recourant, se fondant sur un rapport établi antérieurement à l'atteinte à l'épaule gauche.

**d)** Le recourant soutient que non seulement l'Office AI mais également la Cour des assurances sociales avaient attesté d'une incapacité de travail dans toute activité dès le 11 novembre 2016, soit à compter du deuxième accident. En l'espèce, indépendamment du fait que l'intimée ne soit pas liée par les décisions des organes de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2), on constate que l'office AI, puis la Cour de céans, se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant antérieurement au 31 août 2017, date de la décision de l'OAI attaquée. Or, l'intimée doit se prononcer sur la capacité de travail du recourant au 28 février 2018, soit la date de la fin du versement des indemnités journalières et de la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé. Dans de telles circonstances, il importe peu que la capacité de travail n'était pas entière au 31 août 2017, la situation médicale n'étant à l'époque pas stabilisée (cf. rapports des Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_).

**e)** A l'occasion de son recours, le recourant admet que les atteintes liées au deuxième accident pouvaient être considérées comme stabilisées au 28 février 2018, puis, dans sa réplique, a fait valoir qu'elles devraient être considérées comme stabilisées au 1<sup>er</sup> juin 2018, modifiant ainsi ses conclusions dans ce sens.

Sur la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, l'intimée s'est basée sur l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ indiquant une stabilisation à intervenir à un an de la dernière opération (13 février 2017), soit au mois de février 2018. Le recourant invoque quant à lui l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ selon lequel l'on pouvait s'attendre à une légère amélioration de la fonction de l'épaule gauche à la suite d'un traitement physiothérapeutique. L'état de santé du recourant devait être considéré

comme stabilisé dans un délai de 15 mois après la dernière intervention, soit au 31 mai 2018. Dans le cas d'espèce, le Dr K. \_\_\_\_\_ ne parle que de la possibilité d'une légère amélioration et non d'une amélioration sensible, ce médecin retenant au demeurant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au moment de l'établissement de son rapport, le 27 février 2018. Il ressort ainsi que l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 28 février 2018, aucun élément médical ne laissant présager une amélioration sensible au-delà du mois de février 2018.

**6. a)** Le recourant conteste le degré d'invalidité retenu par l'intimée. Afin d'évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa).

**b)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**c)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe

du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il avait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser – au degré de la vraisemblance prépondérante – s'il n'était pas devenu invalide. Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'OFS (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246).

En l'espèce, le revenu sans invalidité de 48'425 fr. (4'035 fr. par mois, 13<sup>ème</sup> salaire compris) retenu par l'intimée ressort des données concrètes fournies par l'ancien employeur du recourant. L'intéressé a durablement perçu une telle rémunération, soit pendant près de neuf ans, sans avoir manifesté des intentions d'obtenir un emploi mieux rémunéré. Ce salaire correspond aux salaires minimaux prévus par la Convention collective de travail (CCT) pour les travailleurs du secteur du transport de choses pour compte de tiers, cette dernière prévoyant un salaire de 4'030 fr. pour des déménageurs et manœuvres sans permis de conduire de véhicule léger, coursiers et autres livreurs après quatre ans d'expérience dans le domaine des transports. Un revenu sans invalidité de 48'425 fr. peut ainsi être confirmé.

**d)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la

nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25 % au maximum sur le revenu statistique, TF 8C\_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

En l'espèce, le recourant soutient qu'un abattement de 25% lui est applicable, en raison de facteurs tels que l'âge, l'importance de ses limitations fonctionnelles, une diminution de rendement, le niveau de formation ou son expérience professionnelle limitée. Dans le cas d'espèce, la CNA s'est basée sur les DPT, qui, selon la jurisprudence précédemment citée, ne permettent aucun abattement supplémentaire, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS. En effet, les facteurs justifiant un abattement doivent préalablement être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues. Le grief du recourant est ainsi infondé. Par ailleurs, l'intimée a respecté les exigences de la jurisprudence concernant le nombre minimal de descriptions à produire, respectivement la fourchette de salaire concernant chaque groupe de référence. Elle a ainsi isolé cinq DPT, soit quatre postes de collaborateurs de production (câbleur, monteur, collaborateur de production sur machines automatiques, en micro-soudage et assemblage automatique) ainsi qu'un poste d'aide de restaurant en tant que caissier polyvalent. Les postes retenus apparaissent comme adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant, dans la mesure où ils n'impliquent que rarement le port de charge légère (5 à 10 kilos), respectivement très légère (jusqu'à 5 kilos), et concernent essentiellement le maniement d'objets légers à motricité fine ainsi que, parfois, le maniement d'objets moyens. La moyenne des salaires minimaux et maximaux de chaque groupe de référence a par ailleurs été correctement effectuée, de sorte qu'un revenu d'invalidé de 54'921 fr., tel que retenu par l'intimée, peut être confirmé.

Par surabondance, dans sa réponse, l'intimée fait la démonstration que, même en cas de recours à l'ESS, le degré d'invalidité ne serait pas sensiblement différent, retenant que dans ce cadre, le recourant ne saurait se voir reconnaître un abattement supérieur à 10%. Cet argument peut en l'occurrence être suivi. En effet, concernant le manque allégué d'expérience professionnelle, on constate que le recourant a eu divers engagements, notamment comme ouvrier, vendeur ou livreur ; l'absence d'expérience et de formation ne jouant d'ailleurs aucun rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique, soit celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, un tel niveau ne concernant que les emplois ne nécessitant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Concernant les limitations fonctionnelles du recourant, soit une activité ménageant les épaules avec l'interdiction de soulever des charges supérieures à 10 kilos ni travailler au-delà de la ligne médicalement exigible, on ne voit pas dans quelle mesure une telle limitation aurait une incidence sur l'exercice d'activités simples et légères, de montage en atelier par exemple, qui restent exigibles pour le recourant.

Ayant trait à la question de l'âge de l'intéressé, il sied de souligner que le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine des assurances-accidents obligatoires, il constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (arrêt TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées). Cette question peut demeurer indécise en l'espèce dans la mesure où le recourant n'expose pas en quoi ses perspectives seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré à raison de son âge. L'arrêt du Tribunal fédéral invoqué par l'intéressé (TF 8C\_82/2017 du 6 décembre 2017) ne lui est ainsi d'aucun secours, cet arrêt laissant précisément la question d'un abattement lié à l'âge ouverte, conformément à la jurisprudence précitée. De plus, comme

le démontre l'intimée, en cas de recours à l'ESS concernant un revenu auquel pouvaient prétendre en 2016 les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples (TA1 ; niveau de compétence 1), même en grevant une telle rémunération d'un abattement de 25%, le revenu d'invalidité resterait supérieur au revenu sans invalidité précédemment perçu par le recourant.

**e)** La comparaison entre le revenu sans invalidité de 48'425 fr. et le revenu d'invalidité de 54'921 fr. ne laisse apparaître aucun préjudice économique, le revenu d'invalidité étant en l'espèce supérieur à celui sans invalidité, de sorte qu'aucune rente d'invalidité ne peut être allouée au recourant.

**7.** Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a refusé au recourant l'allocation d'une rente-invalidité dès la fin du versement des indemnités journalières, le 28 février 2018.

**8.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

**9.** **a)** Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 novembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Hofstetter,
- la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- l'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).

Le greffier :