

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Durussel et Livet, juges
Greffière : Mme Hentzi

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne.
et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 1^{er} février 2022 en qualité de maçon auprès de l'entreprise [...] SA. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 11 septembre 2023, l'assuré a glissé sur son lieu de travail ce qui a entraîné des douleurs au niveau du coude gauche.

Le 28 septembre 2023, l'employeur de l'assuré a déclaré le sinistre à la CNA qui a pris en charge le cas.

En raison de douleurs persistantes, l'assuré a consulté le 28 septembre 2023 son médecin-traitant, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a noté les éléments suivants dans un rapport du même jour :

« le 11.09 a fait une glissade s'est retenu avec le MSG-douleurs coude ++ A arrêter le travail ce matin car douleurs +++ en faisant des efforts au travail pas de tuméfaction ni d'hématome du coude-fonction OK mais douleurs +++ lors de la mobilisation active ad IRM ».

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du coude gauche réalisée le 10 octobre 2023 a mis en évidence les éléments suivants :

« Epicondylite externe sans signe de fracture, d'arrachement ou d'épanchement. Discret œdème du nerf ulnaire au niveau de l'épicondyle interne (post-traumatique possible ?) ».

Dans un rapport médical LAA du 11 octobre 2023, le Dr N._____ a retenu le diagnostic de traumatisme du coude gauche avec épicondylite réactionnelle, tout en attestant d'une incapacité de travail totale dès le 28 septembre 2023.

L'assuré a repris son activité professionnelle le 11 décembre 2023.

B. Le 5 juin 2024, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA une rechute des troubles au coude gauche. Il était précisé que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 5 juin 2024.

Dans un rapport LAA du 5 juin 2024, le Dr N._____ a retenu les diagnostics de douleurs post-traumatiques du coude gauche et de tendinopathie post-traumatique de l'épaule droite.

L'assuré a repris son activité professionnelle le 2 septembre 2024.

Dans un rapport du 8 novembre 2024, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de la CNA, a retenu que l'événement du 11 septembre 2023 avait tout au plus entraîné une contusion du coude gauche qui avait décompensé de manière passagère un état antérieur. L'événement avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard le 4 décembre 2023. Les troubles persistants à l'origine de la nouvelle incapacité de travail n'étaient plus en lien avec l'accident du 11 septembre 2023, mais étaient de nature malade.

Par décision du 19 novembre 2024 remplaçant et annulant une précédente décision du 18 novembre 2024, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 4 juin 2024 au soir, au motif que les troubles persistants au coude gauche de l'assuré n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 11 septembre 2023.

Le 11 décembre 2024, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, il a fait valoir que ses douleurs persistaient depuis l'accident, l'handicapant au quotidien. Ses douleurs n'étaient pas présentes avant l'accident du 11 septembre 2023. Il a notamment produit un rapport du Dr N._____ du 9 décembre 2024, lequel a indiqué que l'assuré était suivi à sa consultation pour un

traumatisme du coude gauche. Plusieurs infiltrations avaient été pratiquées avec des améliorations uniquement transitoires.

Par décision sur opposition du 9 janvier 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 19 novembre 2024.

C. a) Par acte du 10 février 2025, K._____ a déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation.

A l'appui de son recours, l'assuré a fait verser à la procédure un rapport d'IRM du coude gauche du 6 janvier 2025, lequel mettait en évidence une aggravation de la tendinopathie proximale du tendon commun des extenseurs au niveau de l'épicondyle latéral avec l'apparition d'une fissuration intra-tendineuse et une augmentation de l'inflammation péri-tendineuse avec une probable déchirure partielle de l'insertion proximale du faisceau huméro-radial du ligament collatéral latéral en continuité avec la fissuration du tendon commun des extenseurs.

Il a également produit un rapport du Dr N._____ du 10 février 2025, lequel indiquait que l'intéressé avait subi une intervention du coude gauche réalisée par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison des séquelles de l'accident du 11 septembre 2023 ; selon lui, il était vraisemblable que les troubles persistants au coude gauche étaient des conséquences de l'accident précité, dans la mesure où l'assuré n'avait jamais présenté dans le passé des problèmes au niveau du coude gauche.

b) Par courrier du 12 mars 2025, la CNA a sollicité la production des rapports opératoires et de consultation du Dr D._____.

c) Par courrier du 14 mars 2025, la juge instructrice a requis de l'assuré qu'il produise les rapports de consultation ainsi que le rapport opératoire du 14 janvier 2025 du Dr D._____.

d) Le 25 mars 2025, l'assuré, désormais représenté par Unia Vaud, a produit un rapport opératoire du Dr D._____ du 14 janvier 2025 retenant le diagnostic d'épicondylite à gauche et indiquant qu'une cure d'épicondylite gauche avec ouverture de l'articulation du coude et synovectomie avait été pratiquée. Il a également produit un rapport du 19 mars 2025 du médecin précité précisant qu'il avait été consulté par l'assuré le 13 juin 2024 en raison de la récurrence des douleurs de son épicondyle gauche. Après deux infiltrations, une intervention avait été agendée pour le 14 janvier 2024 en raison d'une récurrence importante des douleurs en décembre 2024 et d'une péjoration et fissuration intratendineuse du muscle extenseur commun des doigts (EDC) mises en évidence par l'IRM réalisée le 6 janvier 2025.

e) Par réponse du 26 mai 2025, la CNA a conclu au rejet de recours.

A l'appui de sa réponse, la CNA a produit une appréciation médicale établie le 25 avril 2025 par le Dr C._____. En résumé, il en ressort que l'IRM réalisée le 10 octobre 2023 n'avait mis en évidence aucune lésion structurelle pouvant être due à l'événement du 11 septembre 2023. Les lésions décrites étaient d'origine dégénérative. Le rapport du Dr D._____ faisait également mention de lésions dégénératives. La suspicion d'une contusion du nerf ulnaire (se trouvant en interne du coude) mise en évidence lors de l'IRM du 10 octobre 2023 avait pu être écartée ultérieurement en raison des plaintes du recourant qui se situaient en externe du coude.

f) Par réplique du 17 juillet 2025, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a précisé qu'il n'avait pas de déterminations particulières à apporter quant à la réponse de la CNA.

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 a pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 4 juin 2024 en lien avec les troubles au niveau du coude gauche annoncés le 5 juin 2024 à titre de rechute, singulièrement la question du lien de causalité entre cette symptomatologie et l'accident dont il a été victime le 11 septembre 2023. A ce stade, il convient de relever que la décision sur opposition litigieuse ne concerne que le coude gauche, raison pour laquelle il n'y a pas lieu de se prononcer sur les troubles à l'épaule droite.

3. 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie

lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de

rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 affection 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 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve - au degré de la vraisemblance prépondérante - du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références citées). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références citées).

e) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, l'intimée ne conteste pas que le recourant a subi un événement traumatique le 11 septembre 2023. Se fondant sur l'appréciation du Dr C._____, l'intimée a toutefois mis un terme au versement des prestations au titre de l'assurance-accidents au 4 juin 2024, au motif que les troubles persistants au niveau du coude gauche du recourant seraient dus non pas à l'accident du 11 septembre 2023 mais à un état dégénératif préexistant. De son côté, le recourant conteste la valeur probante de l'appréciation du Dr C._____ et estime que ses troubles au coude gauche, respectivement l'intervention du 14 janvier

2025, sont liés à l'accident précité et que l'intimée aurait dû prester au-delà du 4 juin 2024.

Dans son appréciation du 8 novembre 2024, le Dr C. _____ a considéré que l'évènement traumatique litigieux avait fini de déployer ses effets le 4 décembre 2023 ; ainsi a-t-il observé que l'IRM réalisée le 10 octobre 2023 n'avait pas mis en évidence de lésions structurelles pouvant être dues à l'accident du 11 septembre 2023. En effet, il n'y avait pas de fracture ou d'œdème osseux qui indiqueraient un traumatisme. Les lésions décrites sur la base de l'imagerie du 10 octobre 2023 étaient dues à une pathologie essentiellement dégénérative. Dès lors, l'évènement du 11 septembre 2023 avait tout au plus entraîné une contusion du coude gauche qui avait décompensé de manière passagère un état antérieur. Il convient de relever que le recourant avait repris son activité professionnelle le 11 décembre 2023, l'intimée ayant toutefois presté jusqu'au 4 juin 2024. Le recourant ne saurait ainsi tirer aucun argument en faveur d'une lésion d'origine traumatique en lien avec le diagnostic d'épicondylite retenu par ses médecins traitants.

En outre, le Dr C. _____ a, dans son appréciation médicale du 25 avril 2025, relevé que l'IRM réalisée le 10 octobre 2023 avait mis en évidence une suspicion d'une contusion du nerf ulnaire (se trouvant en interne du coude). Toutefois, ce diagnostic avait pu être écarté ultérieurement en raison des plaintes du recourant qui se situaient en externe du coude.

b) Le 5 juin 2024, le recourant a ressenti des douleurs au niveau du coude gauche sans avoir subi de traumatisme. Il a, par l'intermédiaire de son employeur, déposé une déclaration de sinistre LAA auprès de la CNA, aux termes de laquelle il a fait valoir une rechute des troubles présentées au coude gauche. Il soutient que ces troubles doivent être pris en charge par l'intimée au titre de rechute ou de séquelles tardives de l'accident du 11 septembre 2023, alors que l'intimée, suivant les conclusions de son médecin-conseil, considère qu'un tel lien de causalité n'a pas été établi à satisfaction, l'accident ayant cessé de

déployer des conséquences délétères dès le 4 décembre 2023, date à laquelle le *statu quo sine* a été atteint. Il convient dès lors d'examiner si les problèmes rencontrés par le recourant depuis le mois de juin 2024 peuvent être mis en lien de causalité avec l'accident du 11 septembre 2023 au titre de rechute ou de séquelles tardives.

aa) Après avoir examiné les divers rapports médicaux produits par le recourant, le Dr C._____ a rappelé, dans son appréciation médicale du 25 avril 2025, que le Dr D._____ avait pratiqué, le 14 janvier 2025, une cure d'épicondylite gauche avec ouverture de l'articulation du coude et synovectomie. Les lésions mentionnées par le Dr D._____ dans son rapport du 19 mars 2025 étaient uniquement dégénératives. En effet, l'épicondylite est une atteinte dégénérative qui résulte de l'utilisation répétée du coude et un traumatisme même mineur peut la décompenser, comme cela a été le cas le 11 septembre 2023. Il convient ainsi de constater que les conclusions du Dr C._____ sont confirmées par celles du Dr D._____, qui ne font pas état de lésions traumatiques.

bb) Le recourant conteste cette appréciation en se prévalant du rapport du Dr N._____ du 10 février 2025.

Dans son rapport du 10 février 2025, le Dr N._____ a indiqué qu'il était vraisemblable que les troubles persistants au coude gauche soient les conséquences de l'accident du 11 septembre 2023 dans la mesure où le recourant n'avait jamais présenté dans le passé des problèmes à ce niveau-là. Toutefois, l'appréciation de ce médecin, selon laquelle les lésions seraient d'origine traumatique, repose sur le seul fait que les plaintes et pathologies étaient apparues après l'accident du 11 septembre 2023, ce qui relève d'un raisonnement de type « *post hoc, ergo propter hoc* » (cf. consid. 3b *supra*). Semblable assertion permet uniquement de considérer l'existence d'un rapport de cause à effet comme une hypothèse possible, ce qui n'est pas suffisant. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la

survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident.

Partant, l'avis du Dr C._____, confirmé par celui du Dr D._____, n'est pas sérieusement remis en doute par le rapport du Dr N._____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

c) Par conséquent, l'intimée pouvait tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles subsistant au-delà du 4 juin 2024 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 11 septembre 2023.

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

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 (art. 61 let. g LPGA).

**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 9 janvier 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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 :

- Unia Vaud (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :