

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2026

Composition : M. NEU, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Renato Cajas, avocat à Genève,

et

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, à Martigny, intimé.

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

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, travaille depuis le 8 janvier 2024 en qualité de physiothérapeute auprès de [...]. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : le Groupe Mutuel ou l'intimé).

Dans le cadre d'une déclaration d'accident bagatelle du 4 juin 2024, l'employeur de l'assurée a informé le Groupe Mutuel que celle-ci avait été victime d'un accident non professionnel le 2 mars 2024. Le déroulement de l'accident a été décrit en ces termes :

« En faisant de la danse, Madame a fait un faux mouvement en réception d'un sauté et le genou s'est "retourné" ».

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit, réalisée le 26 mars 2024, a mis en évidence la présence d'une déchirure chronique des faisceaux antéro-médial et postérolatéral du ligament croisé antérieur (LCA) plus ou moins cicatrisés en nourrice sur le ligament croisé postérieur (LCP), une fissuration méniscale médiale, axiale de la jonction corne postérieure-corne moyenne sans fragment libre ni désinsertion capsulo-méniscale et une petite réaction œdémateuse marginale du plateau tibial médial en regard.

Le Groupe Mutuel a pris en charge le cas (cf. courrier du 4 juin 2024).

Par rapport du 12 juin 2024, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de rupture complète du ligament croisé antérieur et de déchirure axiale à la jonction corne moyenne corne postérieure du ménisque interne.

Dans un avis médical du 2 juillet 2024, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil du Groupe Mutuel, reprenant les diagnostics mentionnés dans le rapport du 12 juin 2024 du Dr F._____, a précisé que de telles atteintes étaient anciennes et préexistantes à l'événement annoncé. Sur l'IRM, la lésion du ligament croisé antérieur apparaissait ancienne, au vu de l'absence d'hypersignal inflammatoire local ainsi que de larges plages d'œdème médullaire, habituellement observées lors d'un premier déboîtement concomitant à une rupture aiguë, excluant avec une très haute vraisemblance la survenance d'une lésion structurelle aiguë ou subaiguë. La lésion méniscale s'inscrivait, pour sa part, dans un contexte dégénératif chronique, possiblement en lien avec une chondropathie fémoro-tibiale interne. L'accident du 2 mars 2024 correspondait ainsi à un simple épisode de « *giving-way* » du genou droit, dont les effets délétères devaient cesser rapidement (un mois ou à la date de l'IRM), en l'absence de lésion structurelle à l'IRM et de complication objectivable à l'examen clinique ultérieur.

Par décision du 8 août 2024, le Groupe Mutuel a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 26 mars 2024, au motif que les troubles persistants au genou droit de l'assurée n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 2 mars 2024.

Le 21 août 2024, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a, en substance, soutenu que les douleurs au genou droit dont elle souffrait ne préexistaient pas à l'accident du 2 mars 2024 et qu'elles étaient en lien direct avec cet événement. Ce lien avait été attesté par son médecin traitant, lequel l'avait personnellement examinée, à la différence du médecin-conseil du Groupe Mutuel. A l'appui de son opposition, elle a produit un rapport du 20 août 2024 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a relevé que l'évolution était favorable à six mois d'une entorse sévère du genou droit.

Par décision sur opposition du 25 septembre 2024, le Groupe Mutuel a confirmé sa décision du 8 août 2024.

B. a) Par acte du 18 octobre 2024, B._____, désormais représentée par Me Renato Cajas, a déféré la décision sur opposition du 25 septembre 2024 du Groupe Mutuel auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale traumatologique, principalement, à son annulation et à l'allocation des prestations d'assurance, soit la prise en charge des frais médicaux dus à l'accident du 2 mars 2024, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause au Groupe Mutuel pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. En substance, elle a fait valoir que l'appréciation du Dr G._____ n'avait aucune force probante, dans la mesure où elle reposait sur un raisonnement qui faisait abstraction des observations de l'IRM en défaveur d'une cause dégénérative et était en contradiction avec la littérature médicale. A cet égard, l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier démontraient que la lésion était due exclusivement à l'accident du 2 mars 2024.

A l'appui de son recours, elle a notamment produit un article pharmacologique intitulé « *Combien de temps faut-il pour se débarrasser de l'inflammation ?* » du 7 mars 2024.

b) Dans sa réponse du 17 décembre 2024, le Groupe Mutuel a conclu au rejet du recours. Il a exposé que l'appréciation du Dr G._____ était détaillée et convaincante, celui-ci s'étant prononcé en connaissance de l'ensemble des pièces au dossier. En outre, aucun élément au dossier ne permettait de remettre en doute cette appréciation, d'autant plus qu'aucun autre médecin ne s'était prononcé sur la question du lien de causalité entre les troubles au genou droit de l'assurée et l'accident du 2 mars 2024.

A l'appui de sa réponse, le Groupe Mutuel a produit une appréciation médicale complémentaire établie le 7 décembre 2024 par le Dr G._____. Il en ressort que les éléments mis en évidence par l'IRM du

26 mars 2024, en particulier l'ulcération chondrale, ne modifiaient en rien ses conclusions antérieures. Cette lésion pouvait être d'origine dégénérative, micro-traumatique ou traumatique. Toutefois, à l'occasion d'un traumatisme unique, une telle lésion nécessitait une action vulnérante conséquente, notamment chez un sujet jeune, et devait s'accompagner d'un œdème sous-chondral contusionnel significatif, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. En outre, la morphologie du ligament croisé antérieur à l'IRM – ligament atone, sans hypersignal significatif ni désorganisation compatible avec une rupture récente – plaidait, avec une très haute vraisemblance, en faveur d'une lésion ancienne ou chronique, prépondérante par rapport à l'événement du 2 mars 2024. Il en allait de même pour la lésion du ménisque interne, dont l'aspect évoquait un processus dégénératif évoluant dans un contexte d'arthropathie, l'événement ayant tout au plus pu en provoquer une décompensation transitoire. Par ailleurs, l'absence d'épanchement articulaire significatif constituait un argument supplémentaire en défaveur d'un traumatisme aigu d'envergure, lequel s'accompagnait habituellement d'une hémarthrose persistant plusieurs semaines. Enfin, répondant aux arguments généraux invoqués par l'assurée sur l'inflammation, il a relevé que l'article produit à l'appui de son recours se limitait à des considérations générales et a cité, à l'appui de son analyse, plusieurs articles scientifiques spécialisés.

c) Par réplique du 3 mars 2025, B. _____ a fait valoir que le Dr G. _____ n'avait pas mentionné les motifs qui l'amenaient à exclure qu'une torsion du genou consécutive à une mauvaise réception d'un saut ne constituait pas une action vulnérable conséquente. Or tel était le cas au vu du déséquilibre inhérent à une rotation mal exécutée et la force exercée par la réception de l'ensemble du poids du corps. Par ailleurs, l'IRM ayant été réalisée près d'un mois après l'accident, l'œdème avait eu suffisamment de temps pour se résorber. Le cas échéant, une expertise médicale demeurerait justifiée afin de déterminer l'origine de la lésion.

d) Par duplique du 7 avril 2025, le Groupe Mutuel a derechef conclu au rejet du recours.

e) Par courrier du 12 juin 2025, B._____ a précisé qu'elle n'avait pas de déterminations particulières à apporter quant à la duplique du Groupe Mutuel.

En droit :

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 la recourante peut, en lien avec les troubles qu'elle présente au genou droit, prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 26 mars 2024, singulièrement la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre l'accident survenu le 2 mars 2024 et les troubles présentés au niveau du genou droit.

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).

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).

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) 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 ; 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 LPG), 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 assécurologique. 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'intimé ne conteste pas que la recourante a subi un événement traumatique le 2 mars 2024. Se fondant sur l'appréciation du Dr G._____, l'intimé a toutefois mis un terme au versement des prestations au titre de l'assurance-accidents au 26 mars 2024, au motif que les troubles persistants au genou droit de la recourante au-delà de cette date résultaient d'atteintes d'origine dégénérative indépendantes de l'accident survenu le 2 mars 2024.

b) Cela étant, il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes subsistant au genou droit au-delà du 26 mars 2024 à l'accident litigieux.

aa) Dans son appréciation du 2 juillet 2024, complétée par une appréciation du 7 décembre 2024, le Dr G._____ a exposé de manière convaincante que l'événement du 2 mars 2024 n'avait pas entraîné de lésions structurelles pouvant lui être imputées. Se fondant sur l'IRM réalisée le 26 mars 2024, il a relevé que la rupture du ligament croisé antérieur présentait des caractéristiques typiques d'une atteinte ancienne, notamment la présence d'un reliquat ligamentaire positionné en « nourrice » sur le ligament croisé postérieur et l'absence d'hypersignal inflammatoire local, ce qui excluait, avec une haute voire très haute vraisemblance, une déchirure aiguë ou subaiguë surajoutée. Il a en outre souligné l'absence de larges plages d'œdème médullaire, habituellement constatées lors d'une rupture aiguë du ligament croisé antérieur, le discret œdème marginal postéro-interne du plateau tibial pouvant s'expliquer par une surcharge chronique ou par un épisode de « *giving-way* ». Un raisonnement analogue a été tenu s'agissant de la lésion du ménisque interne, décrite comme ancienne et dégénérative, en l'absence d'hypersignal de la capsule adjacente et dans un contexte de chondropathie fémoro-tibiale interne. L'absence d'épanchement significatif du genou droit à l'IRM confirmait encore l'absence de lésion structurelle récente et significative. S'agissant de la présence d'une ulcération chondrale, il a relevé qu'elle pouvait être d'origine dégénérative, micro-traumatique ou traumatique. Toutefois, à l'occasion d'un traumatisme unique, une telle lésion nécessitait une action vulnérante conséquente, notamment chez un sujet jeune, et devait s'accompagner d'un œdème sous-chondral contusionnel significatif, ce qui n'était pas le cas chez la recourante.

Dans ces conditions, le médecin-conseil a retenu que les atteintes mises en évidence à l'imagerie étaient préexistantes et que l'événement du 2 mars 2024 n'avait provoqué qu'un épisode de décompensation transitoire, de sorte que les troubles persistants au genou

droit ne se trouvaient plus en lien de causalité avec l'accident annoncé. Ainsi, l'événement traumatique litigieux avait fini de déployer ses effets au plus tard à la date de l'IRM du 26 mars 2024, respectivement dans un délai d'un mois après l'accident.

bb) A cet égard, on relèvera que le Dr G. _____ a établi ses appréciations en pleine connaissance de l'anamnèse, du déroulement de l'accident, des plaintes de la recourante, du rapport d'imagerie et des rapports des médecins consultés. Sur le plan formel, ses appréciations remplissent donc les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, même si le médecin-conseil n'a pas examiné personnellement l'assurée (TF 8C_397/2019 du 6 août 2019 consid. 4.3). A cela s'ajoute que les conclusions du médecin-conseil sont motivées et convaincantes et qu'il a dûment pris position sur les arguments avancés par la recourante à la suite de sa première appréciation du 2 juillet 2024.

cc) Ainsi, il n'y a pas lieu, en l'état du dossier, de s'écarter de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimé. Les rapports médicaux produits au dossier se bornent à décrire les lésions constatées à l'imagerie, sans se prononcer de manière circonstanciée sur leur origine ni sur l'existence d'un lien de causalité avec l'événement du 2 mars 2024. En particulier, le raisonnement opéré par le Dr F. _____, dans son rapport du 12 juin 2024, et par le Dr J. _____, dans son rapport du 20 août 2024, ne démontre pas l'origine traumatique des lésions de l'assurée, puisque le seul critère que les douleurs sont apparues à la suite de l'évènement accidentel constitue un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b *supra*).

Les arguments développés par la recourante ne permettent pas davantage de retenir une autre appréciation. À cet égard, le médecin-conseil a, dans son appréciation complémentaire du 7 décembre 2024, répondu aux objections soulevées, en confirmant que l'IRM n'avait mis en évidence aucun élément en faveur d'une lésion structurelle. En outre, la

recourante soutient, en se fondant sur un article de portée générale, que le phénomène inflammatoire consécutif à un traumatisme ne durerait que quelques jours à quelques semaines, de sorte que l'absence de signes inflammatoires persistants à l'IRM ne permettait pas d'exclure une lésion traumatique imputable à l'événement du 2 mars 2024. Ce faisant, elle se prévaut toutefois de considérations théoriques et générales, sans établir leur pertinence concrète pour le cas d'espèce ni démontrer en quoi elles primeraient l'analyse du médecin-conseil, lequel a au contraire exposé, en se référant à la littérature médicale spécialisée, que le processus inflammatoire et réparateur d'une rupture aiguë du ligament croisé antérieur pouvait persister plusieurs semaines et laisser des signes objectivables à l'IRM. Les éléments invoqués ne sont ainsi pas de nature à remettre en cause son appréciation motivée et cohérente.

c) Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que l'appréciation du Dr G. _____ repose sur des constatations objectives, tient compte de l'ensemble des éléments pertinents au dossier et a fait l'objet d'une analyse détaillée. Elle revêt dès lors une pleine valeur probante, de sorte que l'intimé était légitimé à se fonder sur celle-ci pour retenir que les troubles au genou droit de l'assurée ne présentaient plus de lien de causalité adéquate avec l'accident à compter du 26 mars 2024.

6. Dès lors, le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. **a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition 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 (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 25 septembre 2024 par Groupe Mutuel Assurances GMA SA 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 :

- Me Renato Cajas (pour B. _____),
- Groupe Mutuel Assurances GMA SA,
- 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 :