

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 octobre 2019

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Berthoud et Bidiville, assesseurs  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> février 2011 à 50 % en qualité d'aide de cuisine et casseroлиère auprès du restaurant [...] à [...]. Elle s'est retrouvée en totale incapacité de travail dès le 13 janvier 2012 en raison d'une hernie discale.

Le 12 juin 2012, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

A l'initiative de son assureur perte de gain, une expertise rhumatologique a été réalisée par le D. \_\_\_\_\_ à [...] (ci-après : le D. \_\_\_\_\_). Dans son rapport du 24 juillet 2012, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a constaté que l'assurée présentait des discopathies étagées en L2-L3, L4-L5 et L5-S1 avec deux hernies discales, dont l'une, en L4-L5, exerçait une compression, et qu'elle souffrait en outre d'un déconditionnement physique sous la forme d'une hypotonie des érecteurs du tronc et des stabilisateurs du bassin. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'assurée devait éviter le port répétitif de charges supérieures à 8 kg, les mouvements répétitifs du tronc (flexions/rotations), les positions immobiles prolongées et les travaux en hauteur, comme sur une échelle. Son activité actuelle n'apparaissait pas vraiment compatible avec ces limitations, mais l'expert n'excluait pas une reprise à terme, précisant que le traitement à la Consultation de la douleur n'était pas terminé.

Le contrat de travail de l'assurée auprès du restaurant [...] a été résilié pour le 31 août 2012.

De fin août 2013 à décembre 2013, l'assurée a travaillé comme employée de restauration à 50 %, emploi qu'elle a dû quitter en raison de ses douleurs.

Un complément d'expertise a été effectué le 6 mai 2014 à la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans le rapport d'expertise du 11 juillet 2014, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une lombosciatalgie droite sur discopathies étagées (L2-L3, L4-L5, L5-S1) avec hernies discales, dont une en L4-L5 comprimant la racine de L5, et une dysfonction sacro-iliaque droite sur ostéite condensante des ilions. Il a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée comme aide de cuisine était entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2011, mais qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui restaient les mêmes que celles fixées dans l'expertise initiale. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a également fait état d'une déchirure du ménisque interne droit, pour laquelle une arthroscopie était programmée. Un suivi par un psychologue était par ailleurs en cours.

Dans un avis médical du 22 juillet 2014, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise et considéré que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 6 mai 2014.

L'assurée ayant fait savoir qu'elle travaillerait à 50 % si elle était en bonne santé, une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 20 janvier 2015. Dans le rapport établi le 29 janvier 2015, les enquêtrices ont déterminé que son taux d'invalidité était de 27,8 % dans les activités ménagères. L'assurée leur a indiqué qu'elle travaillait comme maman de jour depuis la fin de l'année 2014, pour des raisons financières. Elle a confirmé qu'elle travaillerait à 50 % si elle était en bonne santé car deux de ses quatre enfants étaient encore à la maison, mais qu'elle envisageait de travailler à 100 % dès 2018, lorsque son fils cadet aurait fini l'école obligatoire.

Par décision du 24 février 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 août 2014, sur la base d'un degré d'invalidité de 64 %. Considérant qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 6 mai

2014, son taux d'invalidité n'était plus que de 13,9 %, ce qui mettait fin à son droit à la rente trois mois après.

**B.** Le 29 mai 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, exposant qu'elle était en arrêt de travail depuis le 12 janvier 2018 dans son activité d'accueil de jour pour les enfants en raison de ses hernies discales.

Parmi les documents transmis à l'OAI par l'assureur perte de gain de l'assurée figuraient plusieurs certificats d'arrêts de travail ainsi que des rapports médicaux établis les 13 avril et 28 mai 2018 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a posé le diagnostic de hernie discale foraminale L4-L5 gauche et estimé que l'activité en garderie était compromise, mais que l'assurée pourrait s'orienter vers un emploi dans un magasin. Dans son rapport du 28 mai 2018, il a précisé qu'il fallait attendre environ deux mois au moins avant qu'une éventuelle capacité de travail puisse être définie.

Par courrier du 31 mai 2018, l'OAI a invité l'assurée à établir de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits en produisant un rapport médical détaillé ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

L'assurée a transmis un certificat médical du Dr W.\_\_\_\_\_, du 15 juin 2018, indiquant notamment ce qui suit :

« Le médecin soussigné certifie que la patiente susnommée est suivie à sa consultation depuis le 15.01.2018 en raison d'une chronification de troubles rachidiens.

[...]

Une IRM comparative a été demandée au mois de janvier 2018. Cf. rapport en annexe.

[...]

Le dernier contrôle remonte au 12.06.2018. On retient encore un status après arthroscopie du genou D [droit] et une très probable lésion méniscale postéro-interne G [gauche] que nous avons

abordée par une simple injection intra-articulaire. Il est fort probable que cette pathologie nécessite des investigations plus approfondies. Le status neurologique est rassurant, laissant néanmoins un syndrome irritatif avec un Lasègue autour de 65 à 70° du membre inférieure G et une acroparesthésie subchronique.

Cette patiente, atteinte de plusieurs problèmes dégénératifs tant rachidiens que périphériques, n'est pour l'instant pas en mesure de reprendre un travail dans son ancienne activité comme maman de jour ou comme aide-cuisinière.

Un reclassement est souhaitable dans une activité moins contraignante, par exemple dans une boulangerie avec cafétéria avec une activité variable telle que service, vente, etc., ou comme employée dans une station-service disposant également d'un magasin en complément à la vente de carburant.

Le reclassement devrait se faire d'une façon échelonnée en commençant par une activité à 30 voire 40 % et le maximum exigible se situe aux alentours de 50 à 60 %. »

L'IRM lombo-sacrée comparative réalisée le 5 janvier 2018 confirmait des signes de discopathies dégénératives étagées, avec des protrusions plus prononcées et compressives, entraînant un conflit disco-dural médian plus important au niveau des étages L1-L2 et surtout L2-L3, ainsi qu'un conflit discol-dural médian au niveau L3-L4. Cet aspect semblait plus accentué par comparaison avec l'IRM de 2015 au niveau des étages respectifs L1-L2 et L2-L3. Au niveau L4-L5, il y avait un conflit disco-foraminal gauche en regard de la sortie gauche de L4, qui était stable par comparaison avec la précédente IRM.

Par courrier du 25 septembre 2018, l'assureur perte de gain de l'assurée a transmis à l'OAI le rapport d'expertise établi à sa demande par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans ce document, daté du 20 août 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- Lombalgies chroniques avec des sciatalgies à bascule sans déficit sensitivomoteur évoluant depuis 2011.
  - Discopathies pluriétagées L1-L2, L2-L3, L4-L5 et L5-S1.
- Status après cervicobrachialgies à droite.
  - Discopathies protrusives C3-C4 à C6-C7

[...]

A mon avis l'incapacité de travail en tant que maman de jour devant porter des petits enfants est justifiée. Il est peu probable qu'elle puisse reprendre ce type de profession. Dans le cas où Mme I. \_\_\_\_\_ pourrait s'occuper uniquement d'enfants qui n'ont pas besoin d'être portés, elle pourrait exercer son métier de maman de jour.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelle[s] la capacité de travail de Mme I. \_\_\_\_\_ est complète, sans diminution de rendement. Elle peut exercer une activité semi-sédentaire, principalement assise dans laquelle elle puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Elle doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. Elle doit éviter le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg. »

Dans un avis médical du 23 novembre 2018, le SMR a fait l'appréciation suivante :

« Notre avis du 22 juillet 2014 avait déjà établi que l'activité de maman de jour n'était plus exigible depuis février 2011.

Nous maintenons la limitation de port de charges à 8 kg retenu[e] en 2014 dans l'instruction SMR initiale, ce qui est plus restrictif que l'expert APG et écarte toute modification/aggravation des limitations fonctionnelles au niveau des dorsolombalgies.

Dans une activité adaptée la capacité de travail est entière sans baisse de rendement dès février 2011 [sic] ».

Par projet de décision du 28 novembre 2018, puis par décision du 29 janvier 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, au motif qu'il n'avait pas constaté de modifications de sa situation professionnelle ou médicale. La nouvelle méthode de calcul concernant la méthode mixte, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, n'influençait pas non plus le droit à la rente de l'assurée.

**C.** Par acte du 22 février 2019 (date du timbre postal), I. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que de mesures d'ordre professionnel. Elle a fait valoir que l'activité d'accueil pour enfants en milieu familial qu'elle exerçait depuis 2014 n'était plus exigible et qu'une reconversion professionnelle dans une activité moins contraignante était nécessaire, ce reclassement devant se faire de manière échelonnée jusqu'à un maximum exigible de

50-60 %, comme indiqué par le Dr W.\_\_\_\_\_. Elle a par ailleurs annoncé la production de nouveaux rapports médicaux.

Dans sa réponse du 18 avril 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours, au motif qu'il ressortait des pièces reçues dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI que la situation médicale de la recourante ne s'était pas modifiée.

### **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-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), 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 en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 29 mai 2018, singulièrement à lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité compte tenu de l'absence de péjoration de son état de santé depuis la décision du 24 février 2017.

**3. a)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée

que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

**b)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

**4.** En l'occurrence, dans la décision litigieuse du 29 janvier 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 29 mai 2018. Toutefois, il résulte des pièces au dossier qu'en réalité, l'OAI est implicitement entré en matière sur cette nouvelle demande. Ayant été invitée à rendre plausible une modification de sa situation propre à influencer son degré d'invalidité, la recourante a produit le rapport de la nouvelle IRM réalisée le 5 janvier 2018, qui montrait la présence de protrusions discales plus prononcées et compressives qu'en 2015 au niveau de L1-L2 et L2-L3, ainsi qu'un rapport du 15 juin 2018 du Dr W.\_\_\_\_\_, qui estimait que la capacité de travail de la recourante dans

une activité adaptée était d'au maximum 50 à 60 %. Ce médecin mentionnait en outre une très probable lésion méniscale postéro-interne gauche, pour laquelle une injection intra-articulaire avait été faite et qui nécessiterait très probablement des investigations plus approfondies. Force est de constater que ces éléments permettent difficilement d'exclure une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Ce n'est d'ailleurs pas sur la base des pièces produites par la recourante que l'OAI a rendu la décision litigieuse. Il se trouve en effet que l'assureur perte de gain de la recourante a fait réaliser une expertise orthopédique le 13 août 2018, dont il a transmis le rapport à l'OAI et que c'est sur la base de ce rapport que l'OAI, par le biais du SMR, a exclu une aggravation de l'état de santé de la recourante propre à influencer son degré d'invalidité. Or en utilisant cette expertise, l'OAI a profité de l'instruction réalisée par l'assureur perte de gain, instruction qu'il n'a, de ce fait, pas eue à accomplir lui-même. Il convient par conséquent de considérer que l'OAI est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante et d'examiner si c'est à juste titre qu'il a considéré que la situation de cette dernière ne s'est pas modifiée depuis la précédente décision dans une mesure propre à justifier l'octroi de prestation de l'assurance-invalidité.

**5. a)** Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, il convient en effet de vérifier si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**b)** 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).

**6. a)** Comme déjà évoqué ci-dessus, l'OAI s'est fondé sur l'expertise orthopédique réalisée le 13 août 2018 par le Dr F.\_\_\_\_\_ pour exclure une aggravation notable de l'état de santé de la recourante depuis la précédente décision. Il faut constater que le Dr F.\_\_\_\_\_ a pris ses conclusions en pleine connaissance de l'anamnèse de la recourante, en tenant compte de ses plaintes et sur la base de l'imagerie réalisée ainsi que de l'examen clinique qu'il a effectué aux niveaux cardio-vasculaire, neurologique et ostéo-musculaire. A l'issue de l'expertise, le Dr F.\_\_\_\_\_ retient que l'activité de maman de jour de la recourante n'est pas adaptée à son état de santé, du moins pas si elle est amenée à devoir porter des enfants. Celle-ci bénéficie en revanche d'une pleine capacité de travail

dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement, à savoir une activité semi-sédentaire, principalement assise, dans laquelle elle puisse alterner la position assise avec la position debout à sa guise, sans travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, et sans port ni soulèvement de charges de plus de 10 kg.

De son côté, le Dr W.\_\_\_\_\_ estime également que l'activité habituelle de la recourante n'est plus exigible, mais considère que sa capacité de travail dans une activité moins contraignante serait d'au maximum 50 à 60 % après un reclassement. Il faut cependant relever qu'il ne décrit pas clairement quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante, ni n'expose pour quels motifs il retient une capacité de travail limitée dans une activité pourtant adaptée à son état de santé. Son appréciation apparaît dès lors moins convaincante que celle du Dr F.\_\_\_\_\_.

Lors de l'expertise, la recourante n'a par ailleurs émis aucune plainte en dehors des douleurs lombaires. L'examen des genoux effectué par le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est notamment révélé sans particularité, si bien que la probable lésion méniscale postéro-interne gauche évoquée par le Dr W.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas fondée ou, à tout le moins, n'entraîne pas de limitations de la capacité de travail de la recourante.

C'est par conséquent à juste titre que l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas eu de modification sensible de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 27 février 2017. En effet, l'expertise du D.\_\_\_\_\_, sur laquelle se basait cette décision, concluait aussi à l'existence chez la recourante d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles similaires à celles retenues par le Dr F.\_\_\_\_\_.

Il faut constater que la recourante n'a finalement pas produit de nouvelles pièces médicales, tel qu'annoncé dans son recours. L'instruction du dossier permet cependant de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'on ne voit pas, dans ce contexte, ce

qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** Comme relevé par l'OAI dans la décision attaquée, la nouvelle réglementation relative au calcul du taux d'invalidité avec la méthode mixte n'influence pas non plus le droit à la rente de l'assurée de manière notable, ce qu'elle ne conteste d'ailleurs pas.

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

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA) et n'étant au demeurant pas représentée par un mandataire professionnel.

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 29 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de I.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Mme I.\_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :