

200.2014.639.AI

DEJ/BEJ

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 29 mars 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moekli et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier



**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Office AI Berne**  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 6 juin 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1954, marié et père de trois enfants adultes, exploitait depuis 1978 un domaine agricole en qualité d'agriculteur indépendant en compagnie de son épouse, qui exerce également une activité de famille d'accueil pour trois à cinq personnes. Le 2 avril 2012, il a été victime d'un infarctus du myocarde. S'estimant incapable physiquement de continuer à exploiter son domaine agricole, l'assuré l'a remis, le 1<sup>er</sup> janvier 2013, à son fils aîné, dont il est désormais l'employé.

En décembre 2012 (demande de prestations datée du 12 décembre 2012), l'assuré s'est annoncé auprès de l'assurance-invalidité (AI).

**B.**

A réception de cette demande, l'Office AI Berne s'est entretenu avec l'assuré et a recueilli différents rapports médicaux, auprès, notamment, du médecin généraliste et de différents cardiologues. Le même Office a également requis le dossier de l'assureur de la perte de gain en cas de maladie et a demandé une prise de position à son service médical régional (SMR). Par préavis du 28 mai 2013, l'Office AI Berne a, considérant qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion de longue durée sur la capacité de travail, informé l'assuré qu'il projetait de rejeter sa demande.

Suite à l'objection formulée par l'assuré le 15 juin 2013, l'Office AI Berne a réactualisé les données médicales en sa possession et a diligenté une enquête pour activité professionnelle indépendante, laquelle a eu lieu le 1<sup>er</sup> octobre 2013. Par la suite, le même Office a rendu le 11 avril 2014 un nouveau préavis aboutissant au même résultat que le précédent, puis a rendu une décision formelle le 6 juin 2014 refusant toute prestation AI.

## **C.**

Par acte du 2 juillet 2014, l'assuré, désormais représenté par un mandataire professionnel, a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité ou, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le 15 septembre 2014, l'intimé a répondu au recours et a conclu à son rejet. Le 23 septembre 2014, le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 6 juin 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse toute prestation AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente au recourant et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement contestée la façon dont l'intimé a établi la capacité de travail du recourant.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.2] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et de Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 et 8 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les

douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

**2.3** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**2.4** Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de

contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Pour autant que les rapports du SMR satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont une valeur probante comparable à celles d'autres expertises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

### **3.**

Concernant la santé et la capacité de travail du recourant, les éléments suivants ressortent du dossier.

**3.1** Le 2 avril 2012, le recourant a été victime d'un infarctus inféro-postérieur du myocarde avec élévation du segment ST (*STEMI*) qui a été traité par angioplastie coronaire le même jour (voir rapport de l'intervention

par le médecin cardiologue traitant du 3 avril 2012). Du rapport de sortie de l'hôpital, daté du 26 avril 2012, il ressort que le recourant a été hospitalisé du 2 au 8 avril 2012 et qu'il souffre, en plus de l'infarctus, d'hypertonie artérielle et de dyslipidémie. Une apnée du sommeil est également soupçonnée et il est mentionné que le recourant a souffert d'un ulcère à l'estomac. Finalement, les médecins hospitaliers relèvent que leur patient quitte l'hôpital dans un bon état général et sans douleur en direction d'une clinique de réadaptation.

**3.2** Le médecin-chef, spécialiste FMH en cardiologie, de la clinique de réadaptation où a séjourné le recourant entre le 9 et le 28 avril 2012 a rédigé le 11 mai 2012 un rapport à l'adresse du médecin généraliste traitant. En substance, il est relevé que le recourant a effectué un cycle de réadaptation cardiovasculaire standard et que son séjour n'a été marqué par aucun incident particulier, étant encore précisé que l'évolution est tout à fait favorable et que l'examen clinique de sortie est sans particularité.

**3.3** Après avoir à nouveau examiné son patient le 26 juillet 2012, le médecin cardiologue traitant a adressé le 27 juillet 2012 un rapport au médecin généraliste. Informé de la fatigue ressentie par son patient, le cardiologue ne détecte aucune séquelle de l'infarctus ("*keine regionale Wandbewegungstörung*" et "*ohne myokardialen Schaden*") et retient que le recourant est capable de travailler normalement ("*anamnestisch normal leistungsfähig*"). Dans un autre rapport médical adressé à l'Office AI Berne, établi vraisemblablement début 2013, le même cardiologue retient que la capacité de travail du recourant est complète, et ce dans l'activité exercée auparavant (dossier [dos.] AI 15).

**3.4** Dans un rapport médical complémentaire du 14 février 2013, un médecin de la clinique de réadaptation a précisé que la capacité de travail du recourant était complète dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012, soit à sa sortie de la clinique. Aucune remarque supplémentaire n'est formulée, sinon que l'évolution du recourant a été bonne durant son séjour et que le pronostic est favorable.

**3.5** Le 20 février 2013, l'assureur de la perte de gain en cas de maladie a transmis son dossier à l'intimé. En plus d'un rapport du médecin

cardiologue traitant, qui correspond aux éléments déjà évoqués ci-avant, ce dossier comprend deux rapports du médecin généraliste (FMH) traitant du recourant. Le premier, daté du 30 mai 2012, reprend les diagnostics déjà énumérés, sans apporter d'éléments nouveaux. Le second, daté du 15 octobre 2012, mentionne une capacité de travail de 50% depuis le 5 juillet 2012, puis à 100% "d'ici quelques semaines". Le médecin considère que le pronostic est bon, avec une reprise progressive d'une vie normale en gardant un contrôle strict de la médication et un suivi médical régulier. On notera encore qu'il relève que son patient lui indique une fatigabilité à l'effort.

**3.6** Le même médecin généraliste a rédigé un nouveau rapport médical que l'Office AI Berne a reçu le 17 mai 2013. En substance, il a indiqué une évolution favorable, tout en précisant une diminution de la capacité d'effort dans le travail d'agriculteur, qui ne peut être poursuivi à 100% dès lors qu'une demi-journée d'agriculture nécessite un repos équivalent. Le médecin retient ainsi une capacité de travail de 50% dès le 5 juillet 2012 en indiquant qu'un maintien à ce taux lui semble la situation médicalement la plus acceptable.

**3.7** Un médecin spécialisé en médecine générale (FMH) du SMR s'est prononcé sur le cas du recourant dans son rapport médical du 23 mai 2013. Il retient, sur la base notamment du rapport du médecin cardiologue traitant, selon lui sans équivoque, une capacité de travail pleine et entière dès la fin de la réadaptation cardiovasculaire et ne s'explique pas, d'un point de vue médical, la fatigue chronique vécue par le recourant. Il évoque à ce titre, comme causes possibles d'une humeur dépressive ("*Gemütsvertimmung*" / "*depressive Verstimmungen*"), les médicaments et le soupçon d'apnée du sommeil, tout en précisant que ces éléments ne sont pas de nature à engendrer une incapacité de travail durable.

**3.8** Après son préavis du 28 mai 2013 rejetant la demande de prestations d'AI et suite à l'objection formulée par le recourant le 15 juin 2013, l'Office AI Berne a diligenté un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante. Après sa visite à domicile du 1<sup>er</sup> octobre 2013, le spécialiste des enquêtes a rédigé son rapport le 4 octobre 2013. Il ressort de ses observations que le recourant avait l'intention d'exploiter son

entreprise agricole jusqu'à l'âge de 65 ans, mais qu'il n'a pu le faire et a dû la remettre à son fils au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le spécialiste a également relevé que le couple formé par le recourant et sa femme était, avant la survenance de l'infarctus, professionnellement très actif, avec de grands investissements consentis dans l'exploitation agricole. Procédant à la comparaison des revenus de valide (moyenne de Fr. 47'501.- des revenus fluctuant pratiquement du simple au double réalisés entre 2008 et 2011) et d'invalidé (Fr. 1'500.- par mois), il retient un taux d'invalidité de 62% et préconise en conséquence l'octroi de trois quarts de rente d'AI.

**3.9** Le cardiologue traitant du recourant a rédigé un nouveau rapport médical à l'intention de l'Office AI Berne le 27 décembre 2013. Se référant à son dernier examen médical, réalisé en mai 2013, il retient une capacité de travail pleine et entière du recourant dans sa profession d'agriculteur depuis sa sortie de la clinique de réadaptation le 28 avril 2012. Le médecin mentionne encore que le recourant se plaint d'une grande fatigue, mais il ne peut l'expliquer d'un point de vue médical, constatant, d'une part, la bonne capacité d'effort (test d'effort à l'ergomètre concluant) et, d'autre part, l'absence de problème de contractilité du muscle cardiaque. Il explique également qu'il a proposé à son patient de changer sa médication en raison de sa fatigue.

**3.10** Le 7 janvier 2014, l'Office AI Berne a à nouveau consulté son SMR. Dans son rapport médical du 19 février 2014, un médecin spécialisé en médecine interne (FMH) a confirmé que, d'un point de vue médical (cardiologie), le recourant n'est pas limité dans sa capacité de travail. En ce qui concerne la très grande fatigue invoquée, le médecin considère qu'il est possible que la remise de l'exploitation agricole à son fils ait pu se répercuter sur le ressenti subjectif de l'assuré. Au surplus, il se réfère au rapport du 23 mai 2013 de son collègue du SMR (voir ci-avant c. 3.7).

#### **4.**

Le recourant fait en substance valoir que la pathologie cardiaque subie l'empêche d'exercer une activité lucrative à plein temps, étant donné sa profonde fatigue et l'important besoin de repos qui en résulte. Selon lui,

l'avis du second médecin du SMR, qui confirme la première prise de position de son collègue et qui retient une pleine capacité de travail, n'est pas concluant au vu des rapports du médecin traitant et de l'enquêteur venu à domicile qui admettent, quant à eux, une capacité de travail réduite.

L'Office AI Berne fait quant à lui valoir que sa décision repose principalement sur le rapport du médecin cardiologue traitant, qui retient une pleine capacité de travail, appréciation que le SMR a reprise.

## **5.**

L'examen des rapports énumérés ci-avant met en évidence les points suivants.

**5.1** On relèvera tout d'abord que la réadaptation cardiovasculaire du recourant s'est bien déroulée et qu'aucun évènement n'est venu perturber sa convalescence (voir ci-avant c. 3.2 et 3.4). Le médecin cardiologue traitant a indiqué, trois mois environ après avoir procédé à l'opération, qu'il ne détectait aucune séquelle et a retenu une capacité de travail complète (voir ci-avant c. 3.3). En décembre 2013 (sur la base de son examen de mai 2013), ce même cardiologue, connaissant la profonde fatigue invoquée par le recourant, s'est basé sur un test d'effort objectif réalisé à l'ergomètre pour confirmer à nouveau une capacité de travail complète dans la profession exercée jusqu'alors (voir ci-avant c. 3.9). Même si le recourant allègue dans son recours (p. 7) qu'il a dépassé ses limites et fait preuve d'une abnégation et d'une volonté hors du commun lors de ce test, on peine toutefois à comprendre les raisons qui l'auraient motivé à fournir un tel effort, allant au-delà de ses capacités, ce d'autant plus que ledit test a été réalisé après le premier préavis - négatif - de l'Office AI Berne. Il convient ainsi d'observer que ce rapport médical est d'une haute valeur probante.

Certes, il est vrai que le médecin généraliste traitant du recourant indique qu'un maintien à 50% serait la situation médicalement la plus acceptable (voir ci-avant c. 3.6). Cependant, il n'est pas inutile de mentionner que ce même médecin généraliste a, dans un premier temps, estimé qu'une pleine

capacité de travail pourrait être récupérée à brève échéance (voir ci-avant c. 3.5). Ce n'est que dans un second temps qu'il a admis une capacité de travail réduite, au surplus sans véritablement l'expliquer d'un point de vue médical, se limitant à reprendre les informations subjectives (fatigue) données par son patient et à indiquer qu'il s'agissait des suites d'une maladie coronaire avec STEMI. A ce stade, on rappellera également que, s'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Par ailleurs, l'enquête effectuée à domicile par un spécialiste de l'intimé n'apporte aucun élément nouveau, dès lors que ce dernier s'est limité à recueillir les informations subjectives données par le recourant, que les médecins connaissaient déjà et dont ils ont tenu compte pour rédiger leurs rapports, et à effectuer un calcul de la perte de gain (voir ci-avant c. 3.8).

Dans ces circonstances, le Tribunal ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation convaincante effectuée par le médecin cardiologue traitant, corroborée qui plus est par les rapports des médecins du SMR (voir ci-avant c. 3.7 et 3.10). Sur le plan somatique, la profonde fatigue évoquée par le recourant ne peut donc être la conséquence de la pathologie cardiaque subie en avril 2012, dont il ne subsiste à ce jour aucune séquelle.

**5.2** On relèvera également que les médecins ne mentionnent aucune autre affection pouvant expliquer la profonde fatigue ressentie par le recourant. Si l'existence d'un trouble de l'humeur est évoquée par les médecins du SMR à titre de possible explication, les médecins traitants du recourant, qui l'ont personnellement examiné et ont discuté avec lui (à l'inverse des médecins du SMR), ne mentionnent toutefois nullement l'existence d'une telle pathologie, pas davantage d'ailleurs que le recourant, qui exclut dans son recours toute part psychique à son incapacité de travail (p. 5 art. 3).

**5.3** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une haute valeur probante doit être accordée au rapport médical du médecin cardiologue traitant, qui a retenu, au terme de son examen comprenant un test d'effort, une pleine

capacité de travail. En outre, l'appréciation du cardiologue est entièrement confirmée par les rapports des médecins du SMR, auxquels il faut aussi accorder une totale valeur probante. Certes, l'évaluation médicale sur dossier à laquelle ont procédé les médecins du SMR (art. 49 al. 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) a une autre fonction que celle de l'expertise au sens de l'art. 44 LPG (TF I 143/2007 du 14 septembre 2007 c. 3.3). Une appréciation d'un médecin traitant (ou d'un spécialiste des enquêtes de l'AI) fondée uniquement sur des allégués subjectifs de l'assuré ne suffit toutefois pas pour remettre en cause le rapport du SMR. Il faudrait que les estimations divergentes soient étayées par des arguments objectifs qui auraient échappé au SMR au moment où il a évalué le cas (TF 9C\_772/2015 du 25 janvier 2016 c. 2.2). En l'occurrence, les deux avis fournis par le SMR tiennent compte de l'ensemble des données médicales, voire professionnelles, au dossier et discutent le ressenti subjectif de l'assuré de façon convaincante. Aucun autre élément objectif au dossier ne permet de remettre en question le rapport du cardiologue confirmé par l'avis du SMR, ce d'autant plus qu'il est dans le cours normal et habituel des choses qu'une personne de plus de 60 ans doit diminuer son rythme de travail. On relèvera également qu'aucun élément au dossier ne met en évidence de façon probante l'existence d'autres affections justifiant une instruction complémentaire. Par ailleurs, et le recourant ne l'invoque du reste pas explicitement, la différence entre la moyenne de quatre années de revenus agricoles très fluctuants et le salaire versé au recourant par son fils, qui a repris l'exploitation depuis 2013, ne constitue pas non plus un critère utilisable pour étayer une quelconque incapacité de travail objective (voir rapport d'enquête, ci-avant c. 3.8). C'est dès lors à bon droit que l'intimé, dans la décision contestée du 6 juin 2014, a nié le droit du recourant aux prestations de l'AI.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**6.2** Les frais de procédure sont fixés forfaitairement à Fr. 700.- et mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont compensés avec l'avance de frais fournie.

**6.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'Office AI Berne,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).