



Cour III
C-2261/2017

Arrêt du 4 juin 2019

Composition

Caroline Bissegger (présidente du collège),
Caroline Gehring, Christoph Rohrer, juges,
Julien Theubet, greffier.

Parties

A. _____, (France),
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger OAIE,**
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité, droit à la rente (décision du 15 mars
2017).

Faits :**A.**

A. _____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée, la recourante), ressortissante suisse née en 1971 et domiciliée en France, est divorcée et mère de deux enfants (AI, pce GKHM). Elle a travaillé en Suisse comme serveuse et vendeuse depuis 1990 (AI, pces 646M, 6CHM et Y2AM) et a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité dès 1992 (AI, pce JG2M). En novembre 2014, elle a été engagée à 60 % comme employée de restaurant à B. _____ selon un contrat de durée déterminée jusqu'en novembre 2015 (AI, pces 2G5M p. 3, 646M, GKHM p. 4 et 2G6M).

B.

B.a Le 11 août 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail survenue à partir du 27 mai 2015 en raison d'un état de fatigue (« Erschöpfung ») et de douleurs au niveau des quatre membres et du dos (AI, pces GKHM et JZ9M).

B.b Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office AI du canton C. _____ a notamment recueilli des documents médicaux auprès du Dr D. _____, médecin-traitant et spécialiste en médecine générale (AI, pces VTXM ; 8JAM, p. 40 ss), ainsi que du Centre hospitalier E. _____ (AI, pce RPDM). Il en ressort que l'assurée présente un profil sérologique évoquant une borréliose ainsi qu'une infection ancienne par le virus d'Epstein Barr. Par ailleurs, le Dr D. _____ observe chez l'assurée des lombalgies, qu'il met en relation avec un syndrome de Raynaud. Cela étant, une incapacité de travail complète a été attestée depuis le 27 mai 2015 (AI, pce 8JAM, p. 42 ss).

Le 2 décembre 2015, l'assurée a été invitée par le Centre I. _____ à se soumettre à une expertise ordonnée par son assureur perte de gain en cas de maladie (AI, pce 8JAM, p. 32). Dans leur rapport conjoint du 15 janvier 2016, les Drs F. _____ - spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie - et G. _____ - spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que la physiothérapeute H. _____, ont expliqué que l'expertisée souffre depuis le début de l'année 2015 de douleurs diffuses ainsi que de pertes de force au niveau des jambes et des bras. Au plan diagnostique, elle présente principalement un syndrome douloureux indifférencié, chronique et généralisé (« chronisches, generalisiertes, undifferenziertes Schmerzsyndrom »), une leucocytose avec étiologie peu claire (« Leukozytose unklarer Aetiologie »), une hypertension artérielle, ainsi qu'un syndrome de Raynaud. Ce nonobstant, les plaintes de l'assurée ne trouvent

pas d'explication au plan somatique. Les résultats des examens sérologiques semblent exclure également que l'on soit en présence d'une borréliose chronique. Toujours selon les experts, l'intéressée présente en revanche des signes dépressifs, un manque d'énergie, une profonde apathie ainsi que des faiblesses et douleurs musculaires susceptibles d'affecter la capacité de travail de la recourante et qui appellent la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique et neurologique (ch. 6.1 et 6.2 de l'expertise). Le tableau clinique de l'assurée est ainsi dominé par une souffrance psychique, avec de larges mécanismes d'autolimitation, un manque de cohérence et une exagération des symptômes (« Symptomausweitung »). En ce sens, il n'est guère possible d'évaluer l'exigibilité de l'ancienne activité. D'un point de vue somatique toutefois, l'assurée ne présente aucune incapacité de travail (AI, pce 8JAM, p. 9 ss).

Sur l'initiative du Dr J._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'Office AI du canton de Bâle-Ville, une expertise psychiatrique a été réalisée auprès du Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (AI, pce 68BM). Aussi, dans son rapport du 25 novembre 2016, ce dernier médecin a exclu chez l'assurée tout diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Aux yeux du Dr N._____, l'expertisée présente néanmoins un syndrome douloureux somatoforme persistant sans répercussion sur la capacité de travail (CIM-10, F45.41 ; AI, pce RQQM).

Sur la base de ce qui précède, dans une prise de position du 8 décembre 2016, le Dr J._____ a retenu chez l'assurée un syndrome douloureux indifférencié, généralisé et chronique («undifferenziertes Schmerzsyndrom») au titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Cette atteinte ne reposant sur aucun substrat somatique ou psychiatrique objectivable, elle ne justifie pas d'incapacité de travail (« Es bestand nie objektivierbare somatische oder psychopathologische Befunde, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen konnten »). Ainsi, toute activité n'exigeant pas le port de charges lourdes demeure exigible pour l'assurée (AI, pce 8TPM).

B.c Partant de là, dans un projet de décision du 12 janvier 2017, l'Office AI du canton C._____ a refusé le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité (AI, pce BSFM).

Le 2 février 2017, cette dernière s'est opposée à ce préavis, exposant pour l'essentiel être atteinte d'une borréliose ainsi que d'une dépression qui entraînent une incapacité de travail complète (AI, pce 8LYM). A cet appui, elle

se prévaut d'un certificat médical du Dr psychiatre K. _____ du 1^{er} février 2017, attestant que l'assurée présente un syndrome dépressif chronique lié à la maladie de Lyme clairement diagnostiquée en 2015. De l'avis du psychiatre, les douleurs chroniques musculaires et articulaires alimentent un état dépressif avec ralentissement psychomoteur, tristesse, apathie et angoisses anticipatives quant à son avenir (AI, pce 8LYM, p. 3). Dans une prise de position du 15 février 2017, le Dr D. _____ a ajouté avoir adressé l'assurée à la consultation du Dr L. _____ du Centre M. _____ (AI, pce A5GM).

Dans un avis du 3 mars 2017, le Dr J. _____ a écarté la pertinence des rapports susmentionnés des Drs K. _____ et D. _____ (AI, pce PBEM). Aussi, par décision du 15 mars 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés domiciliés à l'étranger (ci-après : OAIE ; autorité inférieure) a refusé le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité, au motif que celle-ci ne présente pas d'atteinte à la santé avec répercussion sur sa capacité de travail, de sorte que son activité habituelle demeure exigible (AI, pce JD7M).

C.

Par écriture du 19 avril 2017 (timbre postal), l'assurée a interjeté recours contre la décision susmentionnée du 15 mars 2017, concluant en substance à son annulation et à ce qu'une rente d'invalidité lui soit allouée (TAF, pce 1). Se fondant sur un rapport du Dr L. _____ du 30 mars 2017, elle explique souffrir d'une fibromyalgie totalement invalidante (TAF, annexes à la pièce 1). Par correspondance du 24 octobre 2017, elle a versé au dossier un compte-rendu des consultations menées auprès du Dr D. _____ depuis 2015 (TAF, pce 13).

Par décision incidente du 8 mars 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite (TAF, pce 15).

Dans sa réponse du 1^{er} mai 2018, l'autorité inférieure a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (TAF, pce 20). Pour l'essentiel, elle soutient que les rapports du Centre I. _____ du 15 janvier 2016 et du Dr N. _____ du 25 novembre 2016 respectent les réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de tels documents et permettent d'exclure que l'assurée présente une atteinte invalidante (TAF, pce 20).

Le 9 juillet 2018, la recourante a produit un rapport de consultation du Dr D. _____ du 13 juin 2018, ainsi qu'une prise de position du Dr L. _____ du 4 juillet 2018 (TAF, pce 25).

Par ordonnance du 11 juillet 2018, l'échange d'écritures a été clôturé (TAF, pce 26).

Droit :

1.

1.1 La procédure devant le Tribunal administratif fédéral est en principe régie par la PA (art. 37 LTAF), sous réserve des dispositions particulières de la LPGA (RS 830.1 ; art. 3 let. d^{bis} PA). Selon les principes généraux du droit intertemporel, les règles de procédure précitées s'appliquent dans leur version en vigueur ce jour (ATF 130 V 1 consid. 3.2).

1.2 Le Tribunal administratif fédéral examine d'office et avec une pleine cognition sa compétence et les conditions de recevabilité des recours qui lui sont soumis (art. 7 PA ; ATAF 2016/15 consid. 1 ; 2014/4 consid. 1.2).

1.3 Le Tribunal administratif fédéral est compétent pour connaître du présent recours (art. 31, 32 et 33 let. d LTAF ; art. 69 al. 1 let. b LAI [RS 831.20]). Dans la mesure où la recourante est directement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, elle a qualité pour recourir (art. 59 LPGA et 48 al. 1 PA). Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 50 al. 1 PA ; art. 52 al. 1 PA), le recours est recevable.

2.

2.1 Concernant le droit matériel applicable, l'affaire présente un aspect transfrontalier, dans la mesure où la recourante, ressortissante suisse, est domiciliée en France, Etat membre de l'Union européenne (UE). Est dès lors applicable à la présente cause, l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes (ALCP, RS 0.142.112.681), conclu entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres, dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : règlement n° 883/2004, RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du

16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : règlement n° 987/2009, RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II). A compter du 1^{er} janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n° 883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353). Toutefois, même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et des règlements de coordination, l'invalidité ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité suisse se détermine exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du TF 9C_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

2.2 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). S'appliquent dès lors au cas d'espèce les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au jour de la décision attaquée, soit le 15 mars 2017.

2.3 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant jusqu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 15 mars 2017. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 130 V 445 consid. 1.2 ; 121 V 362 consid. 1b). Ils doivent néanmoins être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les réf. cit.).

3.

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité en raison de sa demande du 11 août 2015.

4.

Pour avoir droit à une rente de l'AI suisse, l'assuré doit être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI) et compter au moins trois années entières de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). En l'espèce, la recourante a versé des cotisations à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste donc à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

4.1. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

4.2 L'invalidité au sens de cette disposition est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain 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 réadaptions exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4.3 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour fixer ce taux, l'administration - ou le juge s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 p. 99; 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les arrêts cités).

Ainsi, le point de départ de l'examen du droit aux prestations est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396). En matière de symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable, telles que les « troubles somatoformes douloureux » ou les autres affections psychosomatiques assimilées, les experts doivent en particulier veiller à motiver le diagnostic retenu de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification médicale au sens du CIM ou le DSM-IV sont effectivement remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; 143 V 418 consid. 6 et 8.1 ; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

4.4 L'élément déterminant pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232).

4.5 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoire (art. 43 LPGA ; ATF 138 V 218 consid. 6). Ainsi, l'autorité définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA ; Moor/Poltier, Droit administratif, vol. II, 3e éd. 2011, ch. 2.2.6.3). Ce faisant, elle ne tient pour existants que les faits qui sont prouvés, cas échéant au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 138 V 218 consid. 6). Partant de là, l'autorité ne peut renoncer à accomplir des actes d'instruction que si elle est convaincue, au terme d'une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 429).

5.

En l'occurrence, l'autorité inférieure considère que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail ou de gain. Pour ce faire, elle se fonde essentiellement sur le rapport du

Centre I. _____ du 15 janvier 2016, ainsi que sur celui du Dr N. _____ du 25 novembre 2016, auxquels elle reconnaît une pleine valeur probante (TAF, pce 20 ; AI, pces 8JAM, p. 9ss, RQQM et JD7M).

5.1 Cette position ne convainc pas. Il ressort en effet de l'instruction médicale que l'assurée présente une symptomatologie douloureuse dont l'étiologie n'apparaît pas clairement (AI, pces VTXM, 8JAM et RPDM notamment). Ainsi, faute d'avoir identifié des atteintes organiques à l'origine des plaintes de l'assurée, les spécialistes du Centre I. _____ ont retenu un syndrome douloureux indifférencié généralisé chronique au titre de diagnostic (AI, pce 8JAM, p. 9 ss). Ils n'excluent pour autant pas que des mesures d'instruction complémentaires soient susceptibles d'objectiver les atteintes de l'assurée. Au contraire, au terme de leur rapport du 15 janvier 2016, les experts proposent de poursuivre l'instruction au plan neurologique, notamment afin d'identifier la cause des faiblesses ressenties par l'assurée au niveau de ses extrémités. Or, l'autorité inférieure n'a entrepris aucune mesure probatoire en ce sens. Vu l'avis exprimé par les experts consultés, on imagine toutefois mal que l'on puisse renoncer à une telle instruction sans violer la maxime inquisitoire. La mise en œuvre d'examen d'ordre neurologique apparaît d'autant plus justifiée que plusieurs médecins ont rapporté les douleurs de l'assurée à une neuroborréliose de Lyme, dont le diagnostic n'a toutefois pas été posé *lege artis* selon les experts du Centre I. _____. Aussi, en l'état, l'instruction ne permet pas non plus de trancher si l'assurée souffre effectivement d'une maladie de Lyme (AI, pces VTXM et RPDM notamment ; à propos de la maladie de Lyme, cf. entre autres : TF 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 et 8C_120/2017 du 20 avril 2017).

Il s'ajoute à cela que l'expertise psychiatrique du 25 novembre 2016 ne permet pas à son lecteur de comprendre si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (CIM-10 F45.41) a été retenu conformément aux critères du CIM-10 (AI, pce RQQM ; ATF 141 V 281, consid. 2.1.1). Vu les conclusions des experts du Centre I. _____, on comprend en particulier mal qu'une telle atteinte puisse être admise *lege artis* sans avoir dressé préalablement le status neurologique de l'assurée d'une part et sans avoir déterminé si l'on est en présence d'une maladie de Lyme d'autre part. La mise en œuvre d'un complément d'instruction est donc également nécessaire afin d'évaluer si l'assurée présente ou non un trouble somatoforme douloureux, étant entendu que ce diagnostic est probablement diagnostiqué trop fréquemment (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1).

5.2 En définitive, dans son état actuel, le dossier ne permet pas de statuer sur l'invalidité de l'intéressée. Aussi l'instruction doit-elle être complétée, en particulier par la mise en œuvre d'examen neurologiques, afin de déterminer notamment si l'assurée souffre d'une neuroborréliose de Lyme. A supposer que les plaintes de l'assurée ne trouvent aucun substrat objectif, son état de santé psychique devra derechef être évalué selon le schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs développé par la jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281. S'agissant essentiellement là d'aspects n'ayant pas été instruits par l'autorité inférieure, la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire (art. 61 PA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; 139 V 99 ; TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3).

5.3 Pour sa nouvelle décision, l'autorité inférieure entreprendra ainsi toutes les investigations médicales nécessaires à l'établissement de la capacité de travail et de gain de l'intéressée. Pour ce faire, elle mettra en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les disciplines de la médecine rhumatologique, neurologique et psychiatrique, ainsi que dans d'autres disciplines si nécessaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 3.3). Il s'agira notamment pour les experts (i) d'établir l'état de santé de l'intéressée, (ii) de dresser ses limitations fonctionnelles et (iii) d'évaluer de façon précise et cohérente sa capacité de travail dans son ancienne activité et dans des activités adaptées. Dès lors qu'il ne ressort pas du dossier que l'intéressée ne serait pas apte à voyager pour des raisons médicales, cette expertise devra être réalisée en Suisse. En outre, vu la nature des manquements affectant les expertises actuellement au dossier (consid. 5.1 ci-avant), il s'agira de consulter des spécialistes qui n'ont pas encore fourni leur avis sur l'état de santé de la recourante.

6.

Vu ce qui précède, le recours apparaît bien fondé.

Etant donné l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure. La recourante a en effet obtenu gain de cause par le renvoi de l'affaire à l'OAIE (ATF 132 V 215, consid. 2.6) et aucun frais de procédure ne peut être mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2, 1^{ère} phrase, PA).

La recourante ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas alloué d'indemnités à titre de dépens

(art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FI-TAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis en ce sens que la décision de l'autorité inférieure du 15 mars 2017 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAIE, qui procédera à un complément d'instruction dans le sens des considérants et rendra une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. [...] ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

Le greffier :

Caroline Bissegger

Julien Theubet

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss LTF soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (art. 42 LTF).

Expédition :