



Cour III
C-2560/2012

Arrêt du 18 octobre 2013

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Elena Avenati-Carpani, Vito Valenti, juges
Barbara Scherer, greffière.

Parties

X. _____,
représenté par Maître Y. _____, Espagne,
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité (décision du 20 mars 2012).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol X._____, né en 1960, a travaillé en Suisse de 1988 à 1990 comme maçon et s'est acquitté des cotisations obligatoires de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (cf. attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse du 5 octobre 2011 [AI pces 63 et 64]). Rentré en Espagne fin 1990, il a exercé divers emplois (attestation relative à la carrière d'assurance en Espagne du 29 août 2011 [AI pce 53]). Depuis le 29 mai 1996, l'assuré n'a plus poursuivi d'activités professionnelles (AI pce 53; cf. aussi questionnaire à l'assuré du 24 novembre 2011 [AI pce 67]).

B.

La première demande de prestation de l'assurance-invalidité de l'intéressé du 23 mai 2003 (AI pce 1) a été rejetée par décision sur opposition du 27 octobre 2004 de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE; AI pce 39), confirmée par le jugement du 4 mai 2005 de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (AI pce 47) ainsi que par l'arrêt du 24 mai 2006 du Tribunal fédéral des assurances (AI pce 51). Il a été retenu que le requérant, souffrant de cervicarthrose, lombalgies chroniques avec lombarthrose, syndrome lombaire post-chirurgical après discectomie L5-S1 droite, ne peut plus exercer la profession de maçon mais une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelle pour un taux de 80% (AI pce 51 pp. 3 et 4). Selon l'évaluation de l'invalidité en application de la méthode générale de comparaison de revenus du 15 juillet 2004, il en résultait un taux d'invalidité de 36.6% (AI pce 31).

C.

Le 17 août 2011, X._____ dépose une nouvelle demande de prestation d'assurance par le biais de l'institut national de sécurité nationale espagnole (AI pce 52).

Dans le cadre de l'instruction, notamment les documents suivants sont versés en cause :

- plusieurs anciens rapports médicaux qui ont fait l'objet de l'examen de la première demande de prestations d'assurances de l'assuré : rapport médical du 30 avril 1997 du Dr A._____ (AI pce 55), rapport médical du 27 novembre 1998 du Dr B._____ (AI pce 57), rapport médical du 3 décembre 1999 du Dr C._____ (AI pce 58 p. 4),

rapport médical du 14 décembre 1999 du Dr D._____ (AI pce 58 pp. 1 à 3), rapport médical du 23 mars 2000 du Dr E._____ (AI pce 60) et rapport médical détaillé E 213 du 7 juillet 2003 de la Dresse F._____ (AI pce 61),

- le rapport du service neurologique du 17 décembre 2007, signé par le Dr G._____ qui fait état d'une discopathie dégénérative sur plusieurs niveaux, surtout C5-C6 et C6-C7 avec troubles dégénératifs et protrusions discales médiales qui provoquent des sténoses foraminées sans affection médullaire ainsi qu'un état post-chirurgical L5-S1 droite sans récurrence et une hernie discale médiale L4-L5. Il déconseille pour l'instant un traitement neurochirurgical ainsi que les activités physiques lourdes et le port de charges (AI pce 68),
- l'attestation relative à la carrière d'assurance en Espagne du 29 août 2011 de laquelle il ressort que l'assuré a été assuré en Espagne, avec interruptions, du 1^{er} juin 1976 jusqu'au 12 septembre 1999 comme employé (AI pce 53),
- l'attestation concernant la carrière d'assurance en Suisse du 5 octobre 2011 (AI pces 63 et 64),
- le rapport médical du 18 août 2011, établi par le Dr C._____, traumatologue et orthopédiste, qui pose le diagnostic de cervicarthrose et de discopathies à plusieurs niveaux, d'un état post-opératoire de hernie discale L5-S1 en avril 1997 (laminectomie et discectomie) avec comme séquelle un pincement en L5-S1 ainsi qu'une hernie discale L4-L5 non opérée qui provoque des sciatiques dans les membres inférieurs gauches. Le médecin fait état d'une aggravation de la situation qui est devenue chronique et irréversible, tendant à s'aggraver encore avec le temps. Il estime que le patient n'est plus capable d'effectuer un travail physique, même léger, en position debout ou assise prolongée, nécessitant d'atteindre des lieux d'accès difficile, de monter et de descendre des escaliers ou de gravir des plans inclinés (AI pce 69),
- le rapport médical du 24 août 2011, signé par le Dr H._____, médecin de famille, qui fait état des diagnostics connus et qui retient les mêmes limitations décrites par le Dr C._____ (AI pce 70),
- le questionnaire à l'assuré du 24 novembre 2011 (AI pce 67),

- la prise de position du service médical de l'OAIE du 25 janvier 2012, signée par la Dresse I. _____ qui, retenant comme diagnostics des lombalgies chroniques, status après discectomie L5-S1 droite en avril 1997, protrusion discale L4-L5, des troubles dégénératifs marqués étagés du rachis et de cervicarthrose, conclut que les nouveaux rapports médicaux attestent d'une situation médicale parfaitement inchangée qui empêche l'exercice d'activités lourdes seules, comme par le passé (AI pce 73).

D.

Par projet de décision du 27 janvier 2012, l'OAIE signifie à X. _____ qu'il entend rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, une activité lucrative plus légère, mieux adaptée à son état de santé étant exigible à 80%, justifiant un taux d'invalidité de 36%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente (AI pce 74).

E.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'intéressé conteste le 2 mars 2012 le projet de décision et demande l'octroi d'une rente d'invalidité. Il souligne que selon les rapports médicaux du 18 août 2011 du Dr C. _____ et du 24 août 2011 du Dr H. _____ son état de santé s'est progressivement aggravé. Ces médecins lui attestent par ailleurs une incapacité de travail même dans une activité physique légère (AI pce 75).

F.

Par décision du 20 mars 2012, l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assurance-invalidité, les rapports médicaux cités par l'assuré ayant déjà été pris en considération par son service médical et n'apportant pas d'éléments nouveaux (AI pce 77).

G.

Le 18 avril 2012, X. _____ interjette recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral (ci-après : Tribunal), concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il argue que les Drs C. _____ et H. _____ attestent une aggravation de son état de santé ainsi qu'une incapacité de travail même dans une activité physique légère (TAF pce 1).

H.

Par réponse du 11 juillet 2012, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, le recourant n'ayant fait valoir aucun

argument pertinent ni n'ayant présenté de documents permettant à l'administration de revenir sur sa position (TAF pce 3).

I.

Le recourant verse l'avance de frais de procédure présumés de Fr. 400.- dans le délai imparti par le Tribunal (TAF pces 4 à 6).

J.

Par réplique du 28 août 2012, X._____ confirme ses conclusions et arguments. Il souligne que ses problèmes de santé le rendent incapable de travailler et qu'il lui est absolument impossible de trouver un emploi sur le marché de travail. A son appui, il verse au dossier les nouveaux documents suivants :

- une prescription médicale non datée, du Dr J._____,
- le rapport médical du 6 juin 2012 du Dr J._____ qui fait état des diagnostics connus et qui informe que le patient le consulte fréquemment pour des douleurs généralisées au rachis vertébral, empirant progressivement et étant traitées par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques. Il atteste une incapacité de travail totale dans sa profession habituelle et une incapacité dans des activités nécessitant d'efforts physiques même minimales, impliquant de monter et descendre des escaliers ainsi que des positions statiques prolongées,
- le rapport du 8 août 2012, signé du Dr C._____ qui, reprenant les diagnostics connus, atteste que le recourant ne peut plus exercer aucun travail,
- une prescription médicale du 8 août 2012 du Dr C._____ (TAF pce 7 et annexes).

K.

Par duplique reçue le 30 octobre 2012, l'OAIE réitère ses conclusions. Selon la prise de position médicale du 17 septembre 2012, signée du Dr K._____, les nouveaux rapports des Drs J._____ et C._____, n'apportent pas d'éléments nouveaux (TAF pce 9 et annexe).

Droit :**1.**

1.1 Le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions de l'OAIE concernant l'octroi de la rente d'invalidité, sous réserve des exceptions non réalisées en l'espèce (cf. art. 31, 32 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF, RS 173.32] et art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec art. 37 LTAF et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 X. _____ a qualité pour recourir contre la décision de l'OAIE étant touché par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 Le recours a été déposé en temps utile, dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure a été dûment acquitté. Partant, le Tribunal de céans entre en matière sur le fond du recours.

2.

Le TAF applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués (art. 62 al. 4 PA) ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^e éd. 2011, ch. 2.2.6.5 p. 300 s.). La procédure est régie par la maxime inquisitoire, ce qui signifie que le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office et librement (art. 12 PA). Les parties doivent toutefois collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-6034/2009 consid. 2 du 20 Janvier 2010 et C-3055/2006 consid. 3.2 du 5 Furier 2006; MOSER/BESUCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Bâle 2008, p. 22 n. 1.55, KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3^e éd., 2013, n. 154 ss).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Dans le cas concret, la décision contestée ayant été rendue le 20 mars 2012, sont alors déterminantes les dispositions légales en vigueur à ce moment-ci.

Concrètement, X. _____ ressortissant espagnol vivant dans son pays d'origine, sont applicables :

- l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681),
- le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), et
- le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11).

Ces règles sont entrées vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1^{er} juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1). Par contre, ne sont pas déterminants en l'espèce, l'annexe II révisée de l'ALCP et les nouveaux règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009, en vigueur pour la relation avec la Suisse depuis le 1^{er} avril 2012 (cf. section A art. 3 et 4 de l'annexe II révisée ALCP, art. 87 par. 1 et art. 90 par. 1 let. c du règlement (CEE) n° 883/2004; arrêt du Tribunal fédéral 9C_539/2012 du 7 novembre 2012 consid. 1.1).

Sont également pertinentes dans le cas concret les dispositions de la 6^{ème} révision de la LAI (premier volet), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

3.2 D'après l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. De plus, comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP le 1^{er} juin 2002, le droit à une rente d'invalidité d'une personne assurée qui prétend à des prestations de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit

suisse (cf. art. 40 par. 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3 Les dispositions de la LPGA sont applicables en matière d'assurance-invalidité si et dans la mesure où la LAI le prévoit (art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

4.

Pour avoir droit à une rente de l'assurance invalidité suisse, tout requérant doit remplir, lors de la survenance de l'invalidité, cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- compter trois années de cotisation (art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne (cf. les art. 40 par. 1, 45 par. 1, 46 par. 2 et 48 du règlement (CEE) n° 1408/71; ATF 131 V 390 consid. 4.1 et 4.2, 130 V 399 consid. 3.1.2).

En l'occurrence, X. _____ remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse durant plus qu'une année (30 mois) et en Espagne durant plus que 9 années (3592 jours; AI pces 53, 63 et 64). Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la loi suisse.

5.

5.1 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles,
- elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable,
- au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins.

5.2 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI 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 (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

Selon l'assurance-invalidité suisse, la notion d'invalidité est donc de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques liées à une atteinte à la santé sont assurées. Pour les assurés exerçant ou ayant exercé une activité lucrative, le taux d'invalidité est déterminé d'après la méthode générale de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

5.3 La rente d'invalidité est échelonnée selon le degré de l'incapacité de gain. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 % sont versées aux ressortissants suisses et aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle sur le sol de l'un deux (cf. l'ALCP en dérogation à l'art. 29 al. 4 LAI).

5.4 Le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI).

En l'espèce, X._____ ayant présenté sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 août 2011 (AI pce 52), il appartient au Tribunal d'examiner si et dans quelle mesure le recourant avait droit à une rente d'invalidité le 1^{er} février 2012 ou si le droit à une rente est né le 20 mars 2012, la date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (cf. ATF 129 V 1 consid. 1 et 121 V 362 consid. 1.b).

6.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé de l'assuré sur sa capacité de travail résiduelle et pour déterminer les travaux raisonnablement exigibles (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait de savoir s'il se fonde sur des examens complets, s'il prend en considération les plaintes exprimées de l'assuré, s'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, si la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et si les conclusions du médecin sont dûment motivées (cf. à titre d'exemple : ATF 125 V 351 consid. 3a et les références quant à la valeur probante d'une expertise médicale).

Le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur peut statuer exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAIE n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée, le médecin du service médical de l'OAIE peut former son propre opinion, se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développées par la jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C-711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3; 9C-766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références).

7.

X._____ souffre de cervicarthrose et de discopathie à plusieurs niveaux, d'un état post-opératoire de hernie discale L5-S1 (avril 1997) avec comme séquelle un pincement en L5-S1, ainsi que de hernie discale L4-L5 non opérée qui provoque des sciatiques dans les membres inférieures gauches (cf. rapport du service neurologique du 17 décembre 2007 du Dr G._____ [AI pce 68], rapports médicaux des 18 août 2011 et 8 août 2012 du Dr C._____ [AI pce 69 et TAF pce 7 annexe], rapport médical du 6 juin 2012 du Dr J._____ [TAF pce 7 annexe]). Le Dr J._____ précise que la hernie discale L4-L5 limite la mobilité de l'assuré et implique une perte de force (TAF pce 7 annexe).

La hernie discale L4-L5, provoquant des sciatiques dans les membres inférieurs gauches, a été attestée pour la première fois le 17 décembre 2007 par le Dr G._____ (AI pce 68); auparavant les médecins n'ont fait état que d'une légère protrusion L4-L5 (cf. rapport médical détaillé E 213 du 7 juillet 2003 de la Dresse F._____ [AI pce 61]). La Dresse I._____, dans sa prise de position médicale du 25 janvier 2012, n'a pas tenu compte de cette nouvelle atteinte à la santé, ne retenant que la protrusion discale (AI pce 73). Le Dr K._____ n'a pas non plus soulevé ce nouvel élément (cf. prise de position du 17 septembre 2012 [TAF pce 9 annexe]). De plus, le Tribunal de céans constate que le rapport du Dr G._____ date du 17 décembre 2007 déjà (AI pce 68) et que le dossier de l'OAIE ne contient pas de rapport neurologique récent, alors que les problèmes de l'assuré sont orthopédiques et neurologiques. Enfin, contrairement à l'art. 48 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'affaire n'a pas été soumise à un orthopédiste du service médical de l'OAIE.

Le dossier médical étant lacunaire, le Tribunal de céans ne peut retenir les conclusions des médecins de l'OAIE relatives à la capacité de travail résiduelle de X._____.

8.

Au vu de ce qui précède, le recours de X._____ est partiellement admis. La décision litigieuse doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAIE, en application de l'art. 61 al. 1 PA. Bien que le renvoi de l'affaire doive rester exceptionnel, il l'est justifié en l'espèce, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, en raison de l'importance des lacunes constatées et des informations nombreuses à recueillir (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'OAIE demandera notamment un rapport neurologique et un rapport orthopédique récents et déterminera la capacité de travail résiduelle de l'assuré en tenant compte de tous ses problèmes de santé. Ensuite, il rendra une nouvelle décision.

9.

9.1 Eu égard à l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais de procédure (cf. art. 63 PA). En conséquence, l'avance de frais de Fr. 400.- déjà versée par le recourant lui sera restituée une fois le présent arrêt entré en force.

9.2 Il reste à examiner la question des dépens relatifs à la procédure devant l'autorité de céans. L'art. 64 PA et l'art. 7 du règlement du

21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS173.320.2) permettent au Tribunal d'allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Les honoraires du représentant sont fixés, selon l'appréciation de l'autorité, en raison de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le représentant a dû y consacrer. En l'espèce, il se justifie, eu égard à ce qui précède, d'allouer au recourant une indemnité à titre de dépens fixée à Fr. 1'800.- (avec frais), à charge de l'OAIE.

(Dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis et la décision du 20 mars 2012 annulée.

2.

La cause est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

3.

L'avance de frais de Fr. 400.- versée par le recourant lui sera restituée par le Tribunal dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

L'OAIE versera au recourant une indemnité de Fr. 1'800.- à titre de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec accusé 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 :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :