

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Cour III
C-3541/2007/

{T 0/2}

Arrêt du 3 novembre 2009

Composition

Madeleine Hirsig (présidente du collège), Beat Weber,
Vito Valenti, juges,
David Jodry, greffier.

Parties

X._____,
recourante,

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 intimée.

Objet

Assurance-invalidité; décision du 19 avril 2007.

Faits :**A.**

X._____, ressortissante portugaise, est née en 1959. Elle est mariée et mère de deux enfants aujourd'hui majeurs. Entre mai 1980 et octobre 1985, puis entre décembre 1987 et août 1998, elle travaille comme femme de chambre en Suisse (hormis quelques périodes de chômage ou de séjour au Portugal; permis A, B, puis C; cf. pces 5 et 10). Des cotisations AVS/AI sont ainsi versées en sa faveur plusieurs années durant. Elle retourne ensuite s'établir au Portugal. Des périodes d'assurance sont inscrites à son nom dès novembre 2000 (pce 2); elle précise cependant avoir dû interrompre son activité lucrative à plein temps d'auxiliaire de production de fromages du 28 mars 2003 au 27 mars 2006 pour cause de maladie (pce 14). Le 11 juillet 2005, elle dépose une demande de prestations AI (pce 1ss); depuis cette date, elle est au bénéfice d'une pension d'invalidité portugaise (cf. pce 13; premier paiement de la rente effectué en avril 2006). Sont alors notamment portés en cause durant l'instruction de la demande:

- un questionnaire pour l'employeur, du 7 août 2006 et un questionnaire à l'assuré, du 28 août 2006, dans lequel figure un court rapport médical du Dr A._____, médecin traitant depuis juin 2002 (pce 14);
- un questionnaire pour assurés travaillant dans le ménage, du 9 octobre 2006 (pce 15);
- une pièce médicale relative à une échographie du 1^{er} avril 2000 (ou une année ultérieure), manuscrite et difficilement lisible (pce 16);
- un rapport d'échographie, examen mammaire, du 25 janvier 2002 (pce 17);
- un rapport cytologique, du 22 septembre 2002 (pce 18);
- diverses pièces de 2003 relatives à l'atteinte au sein gauche, dont un rapport anatomique-pathologique du 20 mars 2003 (carcinome [canaulaire] mammaire invasif), une fiche de consultation du 18 mars 2003, un protocole opératoire du 26 juin 2003 (mastectomie radicale et curage axillaire ganglionnaire gauche), une fiche relative

à l'histoire médicale de la patiente du même jour, un rapport anatomique-pathologique du 9 juillet 2003, et un résumé d'hospitalisation de la même date, ainsi qu'une fiche médicale arrêtée au 30 juin 2006 et que diverses demandes de radiographies et d'échographies (pces 19ss, 23ss, 46 et 51);

- un rapport médical du service de gynécologie, du 23 juin 2005 (pce 22);
- un examen biochimique du sang, du 21 janvier 2004 (pce 28);
- des rapports d'une échographie abdominale et d'une mammographie bilatérale, du 2 février 2004 (pces 29ss; présence de deux kystes simples révélée lors de la première citée, le reste sans altération; pour la seconde, rien de particulier au sein gauche, pas d'évidence d'un problème au droit, téguments sans altération);
- un rapport de scintigraphie ostéoarticulaire, du 12 février 2004 (pce 34);
- un rapport d'un service d'imagerie, du 14 avril 2003 (pces 35s.);
- des rapports d'hématologie, du 25 juillet 2003, du 6 octobre 2003, du 3 décembre 2004, et du 1^{er} juillet 2005 (pces 37, 39, 44, 50), ainsi que de biochimie du sang, du 21 janvier 2004, du 19 avril 2004, du 26 juillet 2004, du 3 décembre 2004, et du 1^{er} juillet 2005 (pces 40, 41, 42, 43, 47);
- des fiches de contrôle en oncologie (pce 38);
- un rapport de scintigraphie ostéoarticulaire, du 24 mai 2005 (pce 48);
- un court rapport d'échographie manuscrit du 1^{er} juillet 2005, guère lisible (pce 49; aspect suggestif de dilatation pyélique rénale bilatérale; reste de l'examen sans altération);
- une analyse d'un laboratoire de médecine nucléaire, rénogramme, du 19 août 2005 (pce 52), et un rapport de scintigraphie rénale du 30 août 2005 (pce 53);

- le rapport médical d'hématologie, Dr Monteiro, du 17 mai 2006 (pce 54);
- le rapport médical détaillé (formulaire E 213), Dr C._____, du 6 juillet 2006 (pce 55);
- la prise de position du service médical OAIE, Dr D._____, du 6 février 2007, concluant à une absence d'incapacité de travail (dans l'activité habituelle; pce 57).

Le 8 février 2007, l'OAIE rend un projet de décision de rejet de la demande de prestations présentée (pce 58). En procédure d'audition, l'intéressée produit une déclaration médicale du Dr A._____, du 28 février 2007 (pce 59), et s'oppose, par courrier reçu le 14 mars 2007, au projet susmentionné, en produisant diverses pièces figurant déjà au dossier, ainsi qu'une photographie du 4 mars 2007 (pces 61 et 63). En substance, elle rappelle avoir subi une mastectomie gauche et divers traitements de chimiothérapie et de radiothérapie. Elle soutient avoir essayé de reprendre l'activité professionnelle réalisée jusqu'à sa maladie, mais que sa poursuite ne fut pas possible, l'effort physique requis ne pouvant être fourni du fait de son organisme tellement affaibli. Elle avait d'immenses douleurs et était sans force, principalement du côté gauche. A la maison, la vie quotidienne est réalisée avec l'aide des proches; la situation financière de la famille est difficile. Dans sa prise de position du 17 avril 2007, le service médical OAIE maintient son point de vue (pce 64).

Par décision du 19 avril 2007 (pce 67), la demande de prestations AI de l'intéressée est rejetée, faute d'invalidité au sens légal suisse. Pour l'OAIE, il n'y a en effet ni incapacité permanente de gain, ni incapacité de travail moyenne suffisante, pendant une année; malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative est toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à la rente.

B.

Contre cette décision, l'intéressée forme recours auprès du Tribunal administratif fédéral, le 17 mai 2007 (pce 1 TAF). Elle indique être dans une situation critique actuellement du fait de son incapacité physique; elle ajoute avoir obtenu une pension d'invalidité de faible valeur au Portugal parce qu'elle a travaillé 18 ans en Suisse.

C.

Dans sa réponse du 18 juillet 2007, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée (pce 3 TAF). Selon l'office, aucune récidive n'a pu être observée suite à l'opération au sein gauche de juin 2003; il n'y a pas de séquelles pouvant entraîner une incapacité durable supérieure ou égale à 40% dans une activité lucrative. En outre, une décision de la sécurité sociale portugaise ne saurait lier l'assurance-invalidité suisse.

D.

L'avance de frais demandée est versée dans les délais donnés pour ce faire. La recourante ne dépose pas de réplique.

Droit :**1.**

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal administratif fédéral, en vertu de l'art. 31 LTAF, connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA, RS 172.021) prises par les autorités mentionnées à l'art. 33 LTAF. En l'espèce, la décision attaquée est indubitablement une décision au sens de l'art. 5 PA et le Tribunal administratif fédéral est compétent pour en connaître (cf. 33 let. d LTAF; art. 69 al. 1 let. b LAI).

1.2 En vertu de l'art. 3 let. d^{bis} PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA. En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA). La recourante est particulièrement touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA); elle a partant qualité pour recourir. Il est entré en matière sur le recours.

2.

La recourante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Par conséquent est applicable, en l'espèce, l'Accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999, entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 80a, de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Conformément à l'art. 3 al. 1 du Règlement (CEE) N° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans ledit règlement. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (art. 40 par. 4 du Règlement 1408/71; ATF 130 V 257 consid. 2.4).

3.

La recourante peut invoquer la violation du droit fédéral (qui englobe notamment les droits constitutionnels des citoyens [ATF 124 II 517 consid. 1 p. 519; 123 II 385 consid. 3 p. 388]), y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de même que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents et que l'inopportunité (cf. art. 49 PA).

4.

En vertu de la maxime inquisitoire, le Tribunal doit constater les faits pertinents et ordonner et apprécier d'office les preuves nécessaires (cf. art. 12 PA); il applique le droit d'office. Les parties doivent cependant collaborer à l'établissement des faits (art. 13 PA) et motiver leur recours (art. 52 PA). En conséquence, le Tribunal 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 (cf. ATF 119 V 347 consid. 1a).

5.

La LPGA, ainsi que l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie

générale du droit des assurances sociales (OPGA, RS 830.11), sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 2 LPGA (ce également dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2008), les dispositions de la LPGA sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. Or, l'art. 1 LAI indique que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), à moins que ladite loi ne déroge expressément à la LPGA. En particulier, les principes dégagés par la jurisprudence quant aux notions d'incapacité de gain et d'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

6.

S'agissant du droit matériel applicable, il convient encore de préciser qu'à partir du 1^{er} janvier 2004, la présente procédure est régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), eu égard au 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). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les modifications introduites par la novelle du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne concernent donc pas cette procédure.

7.

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

7.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale. En cas d'incapacité 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). 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 de travail équilibré, 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 exigibles.

Dans ce contexte, il est utile de rappeler que, selon un principe général valable en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité (ATF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3, 111 V 239 consid. 2a; THOMAS LOCHER, Die Schadenminderungspflicht im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, in Mélanges pour le 75^e anniversaire du TFA, p. 407 et ss., cf. aussi ALFRED MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, vol. II p. 377, ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, th. Berne 1985, p. 131). Le fait qu'un recourant ne mette pas en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons étrangères à l'invalidité ne relève pas de l'assurance-invalidité, car il s'agit là de facteurs qui ne sont pas liés à l'invalidité et que l'AI n'est pas tenue de prendre en charge (RCC 1991 p. 329 consid. 3c). Dans cette mesure, la formation professionnelle, les aptitudes physiques et mentales de l'assuré, ainsi que son âge ou un arrêt de travail prolongé ne sont pas des facteurs supplémentaires propres à influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois plus difficile la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. RCC 1982 p. 34 consid. 2C; VSI 1999, p. 247 consid. 1 et réf.).

8.

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. 1 LAI, depuis la 4^{ème} révision, introduite par la nouvelle du 21 mars 2003).

9.

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré présente une incapacité durable de 40% au moins (lettre a) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 265 ss). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation, ce qui semble le cas en l'espèce (ATF 111 V 22 consid. 2; 99 V 99; 96 V 44). Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2016 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

La demande de prestations AI, reçue par l'OAIE le 9 février 2006, a été présentée le 11 juillet 2005, date depuis laquelle l'intéressée fait débuter son incapacité de travail et son invalidité (cf. pce 3). Toutefois, elle a aussi allégué avoir été malade du 28 mars 2003 au 27 mars 2006 (cf. pce 14), de sorte que le Tribunal examinera ici si elle avait droit aux prestations le 11 juillet 2004, ou si ce droit est né entre cette date et le 19 avril 2007, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V consid 1; 121 V 362 consid. 1b).

10.

Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi 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 exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

11.

La notion d'invalidité des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b); l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé (la maladie), mais les conséquences économiques de l'atteinte, à savoir une incapacité de

gain probablement permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

L'art. 69 RAI prescrit que l'Office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et réf. cit.). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa, ATF 118 V 220 consid. 1b et réf. cit.).

Au surplus, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les

réf. cit.; ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 230).

12.

En l'espèce, au vu du dossier, le Tribunal estime que l'autorité intimée, singulièrement son service médical, n'a pas suffisamment fondé son opinion divergeant de celle figurant à la fin du formulaire E213 (document qui paraît au demeurant avoir été rempli de façon superficielle), selon laquelle l'intéressée est incapable de travailler, même dans une activité adaptée. L'OAIE ne s'est pas suffisamment prononcé sur les plaintes de l'intéressée (douleurs [cf. aussi 4.8 formulaire E213], fatigue, dyspnée de l'effort). De même, font défaut dans le dossier, sur le plan oncologique, un examen du sang récent et complet contenant l'intégralité des valeurs de l'examen, ainsi qu'une expertise psychiatrique, une affection psychique ayant été mentionnée dans deux pièces du dossier (pces 14 in fine et 22 « histoire clinique »).

Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle prenne une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire. Au vu des circonstances du cas d'espèce, cette solution s'impose malgré son caractère exceptionnel (cf. art. 61 PA); en effet, les informations manquantes sont indispensables à la résolution du cas.

Par conséquent, l'OAIE invitera le psychiatre en charge du suivi thérapeutique de la recourante, si un tel suivi existe actuellement, à rendre un rapport détaillé; ensuite, l'office mettra en œuvre une expertise psychiatrique. Dans le même temps, un examen oncologique sera effectué; il contiendra un examen du sang complet (cf. supra), voire tout examen jugé utile sur ce plan. L'office pourra en outre faire procéder à tout autre examen qu'il considèrera nécessaire. Le dossier ainsi complété sera soumis au service médical de l'OAIE, lequel se prononcera sur le degré d'invalidité jusqu'à la date de la décision attaquée, et de cette date jusqu'à celles des derniers examens effectués, en tenant compte de toutes les limitations constatées tant dans la dernière activité exercée que dans d'éventuelles activités de substitution exigibles qu'il conviendra de définir avec précision.

Ensuite, après la procédure d'audition, l'OAIE rendra une nouvelle décision.

13.

Au vu de l'issue de la procédure, il sera renoncé à percevoir des frais de procédure et l'avance de frais de Fr. 400.- versée par la recourante lui sera retournée dès l'entrée en force du présent arrêt. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'étant pas représentée (art 64 al. 1 PA et art. 7ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 19 avril 2007 est annulée et la cause est renvoyée à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger afin qu'il complète l'instruction au sens du considérant 12 ci-dessus et rende ensuite une nouvelle décision.

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

L'avance de frais de Fr. 400.- versée par la recourante lui sera retournée dès l'entrée en force du présent arrêt. Il lui appartiendra de communiquer les données permettant d'effectuer ce remboursement.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé + AR; annexe: formulaire « Adresse de paiement »)
- à l'autorité intimée (n° de réf.; recommandé)
- à l'OFAS

La présidente du collège :

Le greffier :

Madeleine Hirsig

David Jodry

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi 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, 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 (voir art. 42 LTF).

Expédition :