



Arrêt du 19 mars 2014

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz, juge unique,
Nicole Ricklin, greffière.

Parties

A. _____,
recourante,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 11 septembre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissante suisse et française née le (...) 1963, divorcée, mère de trois enfants nés en 1985, 1986 et 1990, a travaillé en Suisse de 1981 à 1985, a ensuite été assurée à l'assurance facultative des Suisses à l'étranger de 1992 à 2003 et a retravaillé en Suisse comme employée de commerce de 2003 à 2010, en dernier lieu avec un taux d'occupation de 93 % (AI pces 40 et 55).

B.

Le 25 janvier 2010, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (OAI-GE) parce qu'elle souffrait depuis mai 2009 d'hernies discales cervicales et de problèmes de vue (AI pce 15).

C.

L'OAI-GE a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle du 29 novembre 2010 au 6 mars 2011, qui a démontré une capacité de travail de 50 % dans une activité uniquement de secrétariat (travail administratif uniquement avec ordinateur) et de 60 % à 70 % dans un emploi administratif varié (AI pces 73, 83 et 97). De mars à septembre 2011, l'assurée a bénéficié de l'octroi d'une mesure de réentraînement au travail et d'un cours de formation (AI pce 100). Le 8 avril 2011, l'OAI-GE lui a octroyé les moyens auxiliaires (ordinateur portable et logiciel) adaptés à ses problèmes de vue (AI pce 105).

D.

Le 26 avril 2011, l'assurée s'est soumise sur mandat de l'OAI-GE à une expertise médicale effectuée par le Dr B._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Selon le rapport d'expertise du 28 avril 2011 (AI pce 106), l'assurée présente les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: cervico-brachialgies chroniques avec failed back surgery syndrome et lombalgies chroniques aspécifiques. Les diagnostics des deux épaules et la myopie n'ont selon l'expert pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr B._____ évalue depuis juillet 2010 à 50 % et, grâce à l'adaptation du poste de travail à la myopie, depuis la date de l'expertise à 60 % la capacité résiduelle de travail dans une activité d'employée de bureau, la baisse de rendement étant déjà prise en compte dans cette estimation et l'activité d'employée de bureau respectant les limitations fonctionnelles.

E.

Le 14 septembre 2011, l'OAI-GE a prolongé la mesure de réentrainement au travail du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012 (AI pce 120). Dans sa prise de position du 4 octobre 2011, le médecin du service médical de l'OAI-GE a estimé que l'expertise du Dr B. _____ était claire et convaincante et qu'il fallait adhérer aux conclusions de l'expert (AI pce 125). Suite à des problèmes financiers, l'entreprise, où l'assurée a effectué son stage, n'a pas pu lui offrir un emploi définitif (AI pce 142).

F.

Par projet de décision du 15 mai 2012 (AI pce 144), l'OAI-GE a signifié à l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations de l'assurance-invalidité parce qu'elle ne présentait qu'un taux d'invalidité de 35 % qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité, l'ancienne activité à 93 % étant encore exigible à 60 % et l'assurée ne rencontrant aucun empêchement notable dans son ménage. Par courrier du 4 juin 2012 (AI pce 145), l'assurée s'est opposée au projet de décision du 15 mai 2012. Elle a argué qu'elle travaillerait à 100 % si elle n'avait pas de problèmes de santé et qu'elle était de plus également handicapée pour les travaux ménagers.

G.

Une enquête économique sur le ménage effectuée le 7 août 2012 a révélé un empêchement de 34 % dans la sphère ménagère (AI pce 149). Par décision du 11 septembre 2012 (AI pce 152), l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée parce que le degré d'invalidité n'était que de 35 % et ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Il a retenu la méthode mixte (93 % dans la sphère professionnelle et 7 % dans la sphère ménagère).

H.

Le 19 octobre 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Elle a argué qu'elle n'avait pas d'emploi actuellement, ne pouvait, vu son état de santé, que rechercher un travail à mi-temps et était handicapée pour faire le ménage. Elle a demandé l'octroi d'une rente d'invalidité et joint à son recours différentes pièces, pour l'essentiel des rapports médicaux.

I.

Dans sa réponse au recours du 28 décembre 2012 (TAF pce 3), l'OAIE a proposé le rejet du recours ainsi que la confirmation de la décision attaquée et a renvoyé à la prise de position du 20 décembre 2012 de l'OAI-GE qui indiquait qu'il fallait appliquer la méthode mixte en retenant 93 %

dans la sphère professionnelle et 7 % dans la sphère ménagère, le taux d'invalidité étant de 36,5 % dans la sphère professionnelle, de 34 % dans la sphère ménagère et donc de 35 % au total, ce qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

J.

Par décision incidente du 9 janvier 2013, le Tribunal administratif fédéral a imparti à l'assurée un délai de 30 jours dès réception pour s'acquitter, sous peine d'irrecevabilité du recours, d'une avance de 400 francs sur les frais de procédure présumés (TAF pce 4). L'assurée s'est acquittée dudit montant le 21 janvier 2013 (TAF pce 6).

K.

En réponse à la demande du Tribunal, l'OAIE a communiqué par courrier du 27 février 2013 que la décision attaquée du 11 septembre 2012 avait été notifiée le 4 octobre 2012 à l'assurée (TAF pce 7).

Droit :

1.

1.1 Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

1.2 Selon l'art. 37 LTAF la procédure devant le Tribunal de céans est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. 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. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi 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. Selon 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.

1.3 Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

1.4 Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

2.

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 et les références). Les dispositions de la révision 6a (premier volet) de la LAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 sont applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012 vu la date de la décision attaquée.

3.

Tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse:

- être invalide au sens de la LPGA/LAI et
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 LAI). Dans ce cadre, les cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (FF 2005 p. 4065; art. 45 du règlement 1408/71).

En l'occurrence, la recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de trois années et remplit, partant, la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste dès lors à examiner si elle est invalide au sens de la LAI.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition

mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

4.2 Un 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% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LA). Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI - selon laquelle les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGGA) - n'est plus applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et y réside (ATF 130 V 253 consid. 2.3).

4.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. Une incapacité de gain de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon la let. b de l'art. 28 al. 1 LAI (cf. chiffre 2010 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

4.4 Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, 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. 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 LPGGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

5.

5.1 La recourante a travaillé en Suisse de 1981 à 1985, a ensuite été assurée à l'assurance facultative des Suisses à l'étranger de 1992 à 2003 et a retravaillé comme employée de commerce en Suisse de 2003 à 2010 (AI pces 40 et 55). Entre novembre 2010 et mars 2012, l'assurée a bénéficié de mesures de réinsertion professionnelle, mais n'a pas pu trouver d'emploi.

5.2 La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI, est de nature juridique/économique et non pas médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique mentale ou psychique - qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - et non la maladie en tant que telle. Selon l'art. 16 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (méthode générale).

5.3 Selon une jurisprudence constante, les données fournies par le médecin constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, RCC 1991 p. 329 consid. 1c).

6.

6.1 L'art. 69 RAI prescrit que l'office de l'assurance-invalidité 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.

6.2 Le Tribunal des assurances 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 351 consid. 3a et les références).

7.

7.1 En l'espèce, dans la décision du 11 septembre 2012, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assurée parce que le degré d'invalidité n'était que de 35 % et ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Il a retenu la méthode mixte (93 % dans la sphère professionnelle et 7 % dans la sphère ménagère) avec un degré d'invalidité est de 33 % pour la sphère professionnelle car l'assurée ne peut plus que travailler à 60 % au lieu de 93% et un degré d'invalidité de 2 % dans la sphère ménagère parce que l'assurée a un empêchement de 34 % dans les travaux ménagers.

L'assurée, quant à elle, considère qu'elle ne peut plus que travailler à 50 % et non à 60 %. Elle indique qu'elle est également handicapée pour faire le ménage, mais ne précise pas dans quelle mesure.

7.2 Compte tenu des pièces médicales versées au dossier, en particulier de l'expertise du Dr B._____, le Tribunal considère que la capacité résiduelle de travail dans une activité d'employée de bureau est de 60 %, la baisse de rendement étant déjà prise en compte dans cette estimation et une activité d'employée de bureau respectant les limitations fonctionnelles.

7.3 Dans son recours, la recourante a argué qu'elle ne pouvait plus que travailler à 50 % et non à 60 %. Elle a indiqué qu'elle était également handicapée pour faire le ménage, mais n'a pas précisé dans quelle mesure. Il appartient au service médical de l'AI de se prononcer sur la base du dossier et d'instruire plus à fond notamment par le biais d'expertises médicales, en cas de dossiers médicaux contradictoires ou incomplets. Si l'administration, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit être procédé d'office, est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid.

3.3 et les références; VALTERIO, op. cit., n° 2867). En l'occurrence le dossier ne présentant pas d'incohérence, l'appréciation retenue par le service médical de l'AI, suite à l'expertise du Dr B._____, d'une capacité résiduelle de travail de 60 % dans une activité d'employée de commerce qui est adaptée aux limitations fonctionnelles n'a pas lieu d'être mise en doute. Un empêchement de 34 % dans la sphère ménagère paraît également correct, compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'aide exigible et à retenir du compagnon et de la fille de l'assurée.

8.

8.1 Selon l'art. 16 LPGA, 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.

8.2 Le gain d'invalide est une donnée théorique, même s'il est évalué sur la base de statistiques. Ces données servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral I 85/05 du 5 juin 2005 consid. 6 et arrêt du Tribunal fédéral I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6). Ce gain doit être comparé au moment déterminant avec celui que la personne valide aurait effectivement pu réaliser au degré de la vraisemblance prépondérante si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le gain de personne valide doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, ou, à défaut de salaire de référence, au salaire théorique qu'il aurait pu obtenir selon les salaires théoriques statistiques disponibles. L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalide de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières. La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5).

8.3 Quant aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative, l'invalidité est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la

méthode spécifique (art. 5 al. 1 LAI, art. 28a al. 2 LAI, art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] et art. 8 al. 3 LPGA).

8.4 Si la personne assurée exerçait une activité professionnelle à temps partiel, il convient de pondérer les deux méthodes en fonction du temps alors attribué à l'activité lucrative et aux activités domestiques. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28 al. 2^{ter} LAI et 27^{bis} RAI, selon la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; art. 28a al. 3 LAI à compter du 1^{er} janvier 2008).

9.

9.1 En l'espèce il y a ainsi lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte. En effet, l'intéressée exerçait une activité à temps partiel avec un taux d'occupation de 93 %. Les 7 % restant sont à attribuer à la sphère ménagère. Il s'agit d'une valeur mathématique pour arriver à un total de 100 % et non du temps effectivement nécessaire au ménage. C'est donc à juste titre que l'OAIE a retenu une part de 93 % pour l'activité professionnelle et une part de 7 % pour le ménage. Comme l'assurée pourrait exercer la dernière activité de bureau (ou toute autre activité d'employée de commerce) avec un rendement de 60 % au lieu de 93 %, son empêchement est de 35,5 % (Prozentvergleich: cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1 et références citées). Il faut donc retenir un degré d'invalidité de 33 % dans la sphère professionnelle (35,5 % x 93 %) et un degré d'invalidité de 2 % (34 % x 7 %) dans la sphère ménagère, ce qui correspond à un degré d'invalidité total de 35 % n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité. Il appert de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

9.2 Dans le cadre de cette demande de rente, 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 130 V 97 consid. 3.2 et les références citées; ATF 123 V 233 consid. 3c). Dans ce contexte, il convient de souligner que ni l'âge, ni la situation familiale ou économique, un arrêt prolongé de l'activité professionnelle ou même le refus d'exercer une activité médicalement exigible ne constituent un critère relevant pour l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3).

10.

10.1 Le recours, manifestement infondé, doit partant être rejeté dans une procédure à juge unique (art. 85^{bis} al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS, RS 831.10], applicable par le renvoi de l'art. 69 al. 2 LAI).

10.2 Les frais de procédure, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de la recourante (art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF). Ils sont prélevés sur l'avance de frais du même montant dont elle s'est acquittée au cours de l'instruction.

10.3 Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens (art. 7 al. 3 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173. 320.2]).

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais de procédure de 400 francs sont mis à la charge de la recourante et sont prélevés sur l'avance de même montant déjà fournie.

3.

Il n'est pas alloué de dépens.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé AR)
- 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 juge unique :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Nicole Ricklin

Indication des voies de droit :

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 (art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :