



Cour III
C-6048/2013

Arrêt du 11 janvier 2016

Composition

Christoph Rohrer (président du collège),
Daniel Stufetti, David Weiss, juges,
Pascal Montavon, greffier.

Parties

A. _____,
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, droit à la rente (décision du 25 septembre 2013).

Faits :**A.**

Le ressortissant espagnol A._____, né en 1961, a travaillé en Suisse de 1980 à 1983 dans le bâtiment / construction métallique (pce TAF 15). Sa dernière activité en Espagne a été à plein temps de septembre 2004 à octobre 2008 comme plombier pour deux employeurs (pce 22 p. 5-6 et ég. p. 7-9). D'octobre 2008 à décembre 2010 l'intéressé fut au chômage (p. 22 p. 4). Par une décision de la Sécurité sociale espagnole du 29 décembre 2010 l'intéressé fut reconnu en incapacité de travail totale (pce 6 p. 2). En date du 1^{er} août 2012 il déposa une demande de prestations d'invalidité suisses auprès de l'organisme de liaison espagnol (pce 1) qui la transmit à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) qui l'enregistra le 6 août 2012 (pce 1, p. 1).

B.

Dans le cadre de cette demande de prestations, l'OAIE porta au dossier notamment la documentation ci-après:

- un rapport d'échographie-doppler des membres inférieurs daté du 12 avril 2010 faisant état de thromboses veineuses profondes sur la veine poplitée gauche avec un flux veineux lent et un risque de thrombose bilatéral (pce 8),
- un rapport d'hospitalisation (6-19 avril) du 19 avril 2010 de la Dresse B._____ posant le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré et de thromboses veineuses des membres inférieurs prévoyant un traitement médical et notamment un contrôle neurologique dans env. 3 mois (pce 9 p. 1),
- un rapport de la Dresse C._____ du 16 juin 2010 faisant état d'une prise en charge le 6 avril 2010 pour une atteinte progressive de 15 jours d'évolution affectant les membres inférieurs et les mains avec perte de force dans les membres, compatible avec une neuropathie aiguë et les critères d'un syndrome de Guillain-Barré, suivi d'un traitement de trois semaines avec un bon résultat ayant permis une récupération partielle des déficits, restant une perte minimale de force des membres inférieurs et une paresthésie dans les deux mains, un traitement de physiothérapie étant conseillé (pce 9 p. 3),
- un rapport médical du service de neurologie de l'Hôpital D._____ daté du 3 août 2010 faisant état de l'atteinte de Guillain-Barré avec faiblesse au niveau des membres inférieurs, notant actuellement un

engourdissement des pieds et des paresthésies au 4^{ème} et 5^{ème} doigt de la main droite, relevant un status de force et sensibilité conservé et un status de Guillain-Barré en résorption (pce 12),

- un rapport neurophysiologique daté du 7 décembre 2010 du Dr E. _____ faisant état d'un status compatible avec le diagnostic suspecté de polyradiculoneuropathie démyélinisante avec dégénération axonale secondaire au niveau des membres inférieurs et supérieurs d'intensité sévère sans signe actuel d'activité dénervative aiguë de la musculature des membres supérieurs et inférieurs (en relation probable du peu de temps passé) (pce 9 p. 5),
- un rapport médical de la sécurité sociale espagnole du 27 décembre 2010 indiquant un status général normal, une légère instabilité à la marche, relevant les atteintes les plus importantes de syndrome de Guillain-Barré en suivi semestriel de stade neurologique et en phase actuelle de résorption avec une très discrète affection de force à droite, sans traitement actuel de réhabilitation, notant une limitation actuelle à la station debout prolongée, à la marche prolongée, au travail modéré, aux positions en porte-à-faux (pce 7),
- un questionnaire à l'assuré et deux questionnaires aux anciens employeurs de l'intéressé, enregistrés le 15 octobre 2012 (pce 22, p. 1-9, cf. supra A),
- un rapport neurologique du Dr F. _____, daté du 23 avril 2013, notant une impression de force musculaire conservée, un trophisme musculaire conservé, relevant des plaintes de douleurs à la pression lombaire et à la manœuvre de Lasègue, concluant à une récupération du syndrome de Guillain-Barré, de plaintes de lombalgies et de symptômes sensitifs subjectifs aux extrémités inférieures sans signe d'atteinte radiculaire (pce 30),
- un rapport médical E 213 daté du 13 mai 2013 faisant état d'une dernière activité de plombier et installateur de tubes, de plaintes de séquelles de syndrome de Guillain-Barré, de douleurs actuelles compatibles avec une lombosciatalgie, en attente d'un IRM lombaire, de chirurgie inguinale droite (mars 2011), d'hypertension artérielle, indiquant un status général sans particularité (166cm/76kg), une hypertension artérielle sous médication, faisant état de douleurs à la colonne lombaire à la pression sans limitations objectives, de membres supérieurs sans limitations, de douleurs aux membres inférieurs par irradiation des

lombosciatalgies, de perte de force douteuse et de symptômes sensitifs subjectifs aux membres inférieurs, posant le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré (2010) récupéré, de lombosciatalgie (sans évidence d'atteinte radicaire) à l'examen clinique en attente d'IRM lombaire, de neuropathie cubitale droite, d'hypertension artérielle sous médication, notant une évolution incertaine du status (réexamen à 6 mois) mais une atteinte à la santé actuelle légère, avec possibilité de travail régulier moyen sans port et soulèvement fréquent de charges, sans utilisation de rampes, escaliers et échelles, avec positions corporelles variées, l'activité antérieure ne pouvant plus être exercée mais un travail adapté selon sa formation et ses capacités étant possible (pce 29).

C.

Invité à se déterminer sur la documentation médicale précitée, le Dr G._____, pour l'OAIE, dans un rapport du 3 juin 2013, relata un status post polyradiculopathie de Guillain-Barré déclaré le 10 mai 2010 et apprécié en phase terminale en août 2010 [par référence au rapport médical du 3 août 2010 de l'Hôpital D._____] ayant engendré une incapacité de travail de 3 mois. Il fit état d'un syndrome de Guillain-Barré entièrement résorbé ("restitution ad integrum"). Des lombalgies furent indiquées en tant que diagnostic sans incidence sur la capacité de travail. Il ne fit aucune référence aux rapports médicaux au dossier ni au rapport médical E 213 du 13 mai 2013 appréciant la capacité de travail de l'assuré. Il indiqua la possibilité de la reprise de l'activité antérieure ou de l'exercice d'une activité à plein temps comme travailleur non qualifié dans une fabrique ou entreprise de production, comme surveillant d'immeuble et de chantier, surveillant de musée, magasinier (pce 37).

D.

Par projet de décision du 10 juin 2013, l'OAIE informa l'assuré qu'il était ressorti de l'examen de son dossier qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail moyenne suffisante d'au moins 40% pendant une année selon la législation et que, malgré l'atteinte à la santé, l'exercice d'une activité lucrative était toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente, qu'en conséquence la demande de prestation devait être rejetée (pce 38). Par acte du 28 juin 2013 l'intéressé fit connaître son désaccord, faisant valoir être reconnu en incapacité permanente totale selon la sécurité sociale espagnole (pce 42).

Par courrier du 15 juillet 2013 l'OAIE informa l'assuré n'être pas lié par les décisions de la Sécurité sociale espagnole et qu'il devait, cas échéant, faire valoir son opposition par des moyens de preuve médicaux (pce 43).

Par acte du 23 août 2013 l'assuré compléta son opposition par le rapport précité du Dr F. _____ du 23 avril 2013 et trois nouveaux rapports médicaux:

- un rapport de radiologie du 12 juillet 2013 (IRM lombaire) faisant état d'une ectasie durale et d'une petite hernie L5-S1 sans signe actuel de répercussion nerveuse (pce 47),
- un rapport daté du 21 août 2013 rappelant une contusion au niveau du coude droit et une lésion du nerf cubital remontant à 2001-2002 (pce 48),
- un rapport daté du 21 août 2013 du Dr H. _____, neurologie, faisant état d'un status post Guillain-Barré (avril 2010) et thrombose veineuse des membres inférieurs, une récupération des déficits moteurs, notant actuellement un engourdissement des pieds et une paresthésie des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite ainsi que des douleurs intenses aux membres inférieurs à la marche, atteintes en examen (pce 45).

Invité à se déterminer sur cette nouvelle documentation, le Dr G. _____, pour l'OAIE, dans un rapport du 18 septembre 2013, indiqua maintenir son appréciation antérieure. Il nota l'indication de douleurs dans les membres inférieurs, d'une petite hernie discale sans atteinte des structures neurologiques, qu'il n'y avait pas lieu de retenir une invalidité fonctionnelle (pce 51).

E.

Par décision du 25 septembre 2013 l'OAIE informa l'assuré que sa demande de prestations était rejetée faute d'invalidité au sens de la législation. Il précisa que la nouvelle documentation médicale avait été soumise à son service médical qui avait retenu que la petite hernie discale lombaire diagnostiquée n'affectait pas les structures neurologiques et qu'il n'y avait pas de déficience fonctionnelle visible, les autres pathologies étant déjà connues et prises en compte (pce 52).

F.

Par acte du 21 octobre 2013 l'intéressé indiqua au Tribunal de céans recourir contre la décision de l'OAIE (pce TAF 1). Invité par le Tribunal par décisions incidentes des 25 octobre 2013 et 12 mars 2014 à parfaire son recours (pces TAF 3 et 9), le recourant par acte du 20 mars 2014 indiqua contester les motifs invoqués par l'OAIE pour lui dénier le droit à une rente d'invalidité (pce TAF 10).

G.

Par réponse au recours du 19 mai 2014 l'OAIE conclut à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. Il fit valoir que de jurisprudence constante l'octroi d'une rente d'invalidité étrangère ne préjugait pas de l'appréciation de l'invalidité en droit suisse. Il indiqua qu'en l'occurrence, selon les prises de position de son service médical des 3 juin et 18 septembre 2013, rendues sur la base de l'ensemble du dossier, dont la documentation médicale apportée en procédure d'audition, il était apparu une pleine capacité de travail dans son activité habituelle comme plombier, même s'il avait présenté une courte incapacité de travail durant trois mois en 2010. Il releva qu'en conséquence, ne présentant pas d'incapacité de travail d'au moins 40% durant une année, les conditions pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées (pce TAF 15).

H.

Par décision incidente du 27 mai 2014 le Tribunal de céans requit du recourant une avance sur les frais de procédure de 400.- francs, montant dont il s'acquitta dans le délai imparti (pces TAF 16 s.).

I.

Par réplique du 20 juin 2014, le recourant fit valoir que selon les dispositions légales claires de l'assurance invalidité, dont il remplissait toutes les conditions, il pouvait prétendre le droit à une rente de l'assurance-invalidité, la Sécurité sociale espagnole ayant clairement établi par acte du 29 septembre 2010 son incapacité de travail totale permanente (pce TAF 19).

J.

Par duplique du 11 août 2014 l'OAIE maintint sa détermination, relevant que les remarques formulées par l'assuré ne permettaient pas de modifier sa prise de position (pce TAF 21). Par ordonnance du 21 août 2014 le Tribunal porta un double de la duplique à la connaissance du recourant et mit un terme à l'échange des écritures (pce TAF 22).

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), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, 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 concernant l'octroi de rente d'invalidité 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. En application de 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 dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée, le recours est recevable.

2.

2.1 Le requérant est ressortissant espagnol domicilié en Espagne. 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), dont son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP la Suisse est aussi un "Etat membre" au sens des règlements de coordination (art. 1^{er} al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

2.2 Selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A de l'annexe II dans sa version entrée en force le 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n° 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordina-

tion des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]), les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), modifié par le règlement du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 n° 988/2009 (JO L. 284 du 30 octobre 2009), et le règlement (CE) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 no 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 (avec annexes) (RS 0.831.109.268.11). Les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) 574/72 sont, selon l'art. 1^{er} al. 1 en relation avec la section A ch. 3 et 4 dans la version en vigueur au 1^{er} avril 2012 de l'annexe II à l'ALCP, applicables entre les parties contractantes dans la mesure où le règlement (CE) n° 883/2004 ou (CE) 987/2009 y fait référence ou lorsque des affaires qui ont eu lieu par le passé sont concernées (cf. ég. l'art. 87 al. 1 du règlement [CE] n° 883/2004 et l'ATF 138 V 533 consid. 2.2).

2.3 Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique – tels les ressortissants d'un Etat membre, les apatrides et les réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (cf. l'art. 2 du règlement) – bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

2.4 Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

2.5 De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 consid. 2 du 4 février 2003; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après 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 (ATF 130 V 253 consid. 2.4). Cela étant, la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement [CE] n° 987/2009).

3.

3.1 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 et les références). 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) sont applicables. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

En l'espèce, le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant remplissait les conditions d'octroi d'une rente depuis le 1^{er} février 2013 (art. 29 al. 1 LAI, cf. la demande déposée le 1^{er} août 2012 [pce 1 p. 8]) jusqu'au 25 septembre 2013, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les réf.).

3.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la maxime inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin, définit les faits déterminants et les preuves nécessaires dont elle ordonne l'apport et qu'elle apprécie d'office sans être liée par les conclusions des parties (ATF 139 V 349; ATF 136 V 376 consid. 4.1; ATF 132 V 105 consid. 5.2.8; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale II, 2015 p. 499); 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), enfin elle applique le droit d'office. Les parties ont le devoir de collaborer à l'instruction (art. 13 PA, 43 LPGA).

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations le tribunal ne peut prendre en considération en principe que les rapports médicaux établis antérieurement à la décision attaquée à moins que des rapports médicaux établis ultérieurement permettent de mieux comprendre la situation de santé et de capacité de travail de l'intéressé jusqu'à la décision dont est recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4, ATF 116 V 245 consid. 1a).

4.

L'objet de la contestation est le refus du droit à une rente d'invalidité au motif que l'assuré ne présentait pas d'invalidité au sens de la loi.

5.

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA; art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 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. 6 et 45 du règlement CE 883/2004).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus de 3 ans et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations eu égard au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. Il reste à examiner s'il est invalide au sens de la LAI.

6.

6.1 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.

6.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;

- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. Une incapacité de travail 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).

6.3 Selon l'art. 28 al. 2 LAI 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% 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. Toutefois, selon l'art. 29 al. 4 LAI, 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 (art. 13 LPGGA) en Suisse. Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 2.2), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI 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). Depuis l'entrée en vigueur des nouveaux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009, les ressortissants suisses et de l'Union européenne qui présentent un taux d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 2 LAI indépendamment de leur domicile et résidence (art. 4 du règlement 883/04).

6.4 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).

7.

7.1 Le recourant a travaillé en dernier lieu en Espagne jusqu'en octobre 2008 comme plombier puis a été au chômage jusqu'en décembre 2010.

Ses troubles de santé à l'origine de la demande de prestations AI ont débuté en avril 2010.

7.2 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, pour les assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, 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; cf. MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS] et de l'assurance-invalidité [LAI], 2011, n° 2060 ss).

7.3 Dans le cadre de la méthode générale et également dans le cadre d'autres méthodes, notamment pour les personnes sans activité lucrative ou ayant exercé une activité lucrative à temps partiel, la loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, telle notamment l'appréciation médico-théorique sur la base de tables d'invalidité ou l'appréciation abstraite sur les seules bases médicales sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (VALTERIO, op. cit., n° 2042). La méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré. Le critère de l'incapacité de gain (art. 16 LPGa) peut succéder à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI) ou inversement sans que l'état de santé ait subi des modifications (VALTERIO, op. cit. n° 2051 et les références).

Selon une jurisprudence constante, les données fournies par les médecins constituent 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 125 V 258 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1).

8.

8.1 Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGa l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille

les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI 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.

Selon l'art. 59 al. 2 et 2^{bis} LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Les médecins des SMR doivent disposer des qualifications personnelles et spécialisées à leurs tâches. Leurs qualifications spécialisées sont essentielles pour l'appréciation juridique de leurs prises de position et expertises. Tant l'administration que les tribunaux doivent pouvoir se référer aux connaissances spécialisées des médecins et experts quant au bienfondé des conclusions d'un rapport ou d'une expertise. Fondé sur les données de son service médical l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du TF 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches les SMR peuvent se déterminer sur la base de l'ensemble du dossier collecté (art. 49 al. 1 et 3 RAI), examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI) ou confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 44 LPGA).

8.2 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 351 consid. 3a et les références). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa

désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). En règle générale, l'administration ne pourra pas se départir d'un rapport médical lorsqu'il est établi par des spécialistes reconnus sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et en pleine connaissance du dossier et lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (voir spéc. VALTERIO, op. cit., n° 2891 ss). La valeur probante d'une expertise est liée à la condition que l'expert dispose de la formation nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. VALTERIO, op. cit. n° 2912; arrêts du TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3, 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les références).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête du fait qu'une expertise de partie n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Les rapports médicaux établis sur la personne par les SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI peuvent avoir valeur d'expertise médicale s'ils répondent aux exigences matérielles et formelles requises par la jurisprudence et ont même valeur probante que d'autres expertises (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt du TF 9C_323/2009 consid. 4.3.2 et les références, 9C-600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 3). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des

preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du TF 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.4 Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581 /2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêts du TF 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1 s.; 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3; VALTERIO, op. cit. n° 2920 ss). Des rapports SMR sur dossier, pour avoir valeur probante, présupposent que le dossier contienne l'établissement non lacunaire de l'état de santé de l'assuré (exposé complet de l'anamnèse, exposé de l'évolution de l'état de santé et du status actuel) et qu'il ne se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical établi et non contesté, donc l'existence d'un état de santé pour l'essentiel stabilisé médicalement établi par des spécialistes, l'examen direct de l'assuré par un médecin spécialisé n'étant ainsi plus au premier

plan (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015; 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2015 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d, arrêts du TF 9C_20/2015 du 8 juin 2015 consid. 3.3, 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

8.5 Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêts du TF 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3; 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.2 et 4.3 et 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2; VALTERIO, op. cit. n° 2920).

9.

9.1 Sur le plan médical, il appert du dossier que le recourant a été en incapacité de travail depuis le 6 avril 2010 (il était alors au chômage) en raison d'une symptomatologie compatible avec une neuropathie aiguë et les critères d'un syndrome de Guillain-Barré. Dans un rapport du 16 juin 2010 la Dresse C. _____ a relevé les bons résultats d'un traitement de trois semaines ayant permis une récupération partielle des déficits (neuro-musculaires) et qu'il demeurait une perte minime de force des membres inférieurs et une paresthésie dans les deux mains. Un rapport neurologique de contrôle du 3 août 2010 a confirmé un status de Guillain-Barré en résorption avec conservation de la force et de la sensibilité, mais a relevé un engourdissement des pieds et des paresthésies aux 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite. Un rapport neurophysiologique (ENG-EMG) du Dr E. _____ du 7 décembre 2010 releva le diagnostic suspecté de polyradiculoneuropathie démyélinisante avec dégénération axonale secondaire au niveau des membres inférieurs et supérieurs d'intensité sévère, indiquant qu'il n'y avait pas de signe actuel d'activité dénervative aiguë de la musculature des membres supérieurs et inférieurs probablement vu le peu de temps passé. Dans un rapport du 27 décembre 2010 de la sécurité sociale espagnole il fut retenu un status général sans particularité, une légère instabilité à la

marche et le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré en phase actuel de résorption après six mois avec une très discrète diminution de force à droite, sans traitement actuel de réhabilitation. Le rapport indiqua des limitations actuelles à la station debout prolongée, à la marche prolongée, au travail modéré et aux positions en porte-à-faux et prévoyait une révision dans un an pour le motif d'une amélioration prévisible.

Le dossier ne comprend pas de documents médicaux relatifs aux années 2011 et 2012.

9.2 Suite au dépôt de la demande de prestations AI le 1^{er} août 2012, divers rapports médicaux ont été établis d'avril à août 2013. Dans un rapport du 23 avril 2013 le Dr F. _____, neurologue, conclut à une récupération du syndrome de Guillain-Barré ayant relevé malgré des plaintes de douleurs une force musculaire paraissant conservée et un trophisme musculaire conservé. Ce rapport est en adéquation avec le rapport E 213 de la Sécurité sociale espagnole du 13 mai 2013 qui rapporte les atteintes connues et qui fait état de douleurs à la colonne lombaire à la pression sans limitations objectives, de membres supérieurs sans limitations, de douleurs aux membres inférieurs par irradiation de lombosciatalgies, mais à ce niveau d'une perte de force douteuse et de symptômes sensitifs subjectifs. Le rapport pose le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré récupéré, de lombosciatalgies sans évidence d'affectation radiculaire. Il indique une évolution incertaine du status. Il retient une atteinte à la santé légère avec possibilité de travail régulier de moyenne exigence physique sans port et soulèvement fréquent de charges, sans devoir se courber, sans utilisation de rampes, escaliers, échelles avec position corporelles variées, l'activité antérieure ne pouvant plus être exercée, une activité adaptée pouvant par contre l'être (pourcentage non précisé). Dans un dernier rapport du Dr H. _____, neurologue, du 21 août 2013, il est énoncé la récupération des déficits moteurs mais également un engourdissement des pieds, une paresthésie des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite ainsi que des douleurs intenses aux membres inférieurs à la marche faisant actuellement l'objet d'investigations médicales. Il sied toutefois de relever que ce rapport ne s'inscrit pas dans un suivi thérapeutique et n'est pas corroboré par un fondement, notamment le rapport radiologique du 12 juillet 2013 (IRM lombaire) n'a fait état que d'une ectasie durale et d'une petite hernie L5-S1 sans signe actuel de répercussion nerveuse; il mentionne des atteintes en examen.

9.3 Dans ses rapports sur dossier des 3 juin et 18 septembre 2013 le Dr G. _____ de l'OAIE, spécialisé en médecine interne générale, retint

que l'assuré avait été atteint dans sa santé notamment pendant quelque trois mois jusqu'en août 2010 et qu'il était en mesure de reprendre son ancienne activité; il indiqua néanmoins des activités de substitution exigibles à titre exemplatif d'intensité moyenne. Le Tribunal de céans ne peut partager l'avis médico-théorique du Dr G. _____ selon lequel le recourant pourrait reprendre son activité de plombier, activité qui selon les travaux exécutés, souvent en position accroupie et en porte-à-faux, peut solliciter fortement le rachis. Cet avis sur dossier est en contradiction avec l'appréciation médicale du rapport E 213 du 13 mai 2013 indiquant de façon étayée une capacité de travail limitée à une activité adaptée et est également en contradiction avec le rapport médical du Dr H. _____ du 21 août 2013 faisant état notamment de douleurs intenses aux membres inférieurs à la marche, atteintes en examen. De plus le médecin de l'OAIE n'a pas motivé son appréciation divergente d'une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure malgré les exigences claires de la jurisprudence (cf. l'arrêt du TF 9C_25/2015 consid. 4.1 s. et supra le consid. 8.4). Si le médecin de l'OAIE entendait conclure à une pleine capacité de travail dans la dernière activité, laquelle sollicite manifestement le rachis et les membres inférieurs dans la mesure de travaux le plus souvent accroupis et à genoux, il lui appartenait d'étayer minutieusement et objectivement son appréciation différente, peu convaincante sans établir les raisons pour lesquelles l'appréciation divergente étayée du rapport E 213 du 13 mai 2013 suivie de celle du Dr H. _____, neurologue, du 21 août 2013 ne permettant pas de conclure à une pleine capacité de travail dans la dernière activité, n'est pas suivie. Selon le rapport E 213 l'assuré ne devrait pas porter et soulever des charges fréquentes, ni faire usage de rampes, escaliers et échelles ainsi que d'avoir des positions en porte-à-faux, étant précisée une évolution incertaine du status.

9.4 Comme on l'a vu les actes au dossier parlent en faveur d'une récupération du syndrome de Guillin-Barré plus ou moins complète concernant les déficits moteurs-fonctionnels. Par contre semblent cependant persister les déficits sensitifs de ce syndrome ainsi que d'importantes douleurs si on compare le rapport du Dr H. _____ neurologue du 12 août 2013 avec les rapports du 3 août 2010 du service de neurologie de l'Hôpital D. _____ et du 16 juin 2010 de Dresse C. _____. Le Dr F. _____, neurologue relève de plus dans son rapport du 3 juin 2013 que l'assuré a adopté des attitudes antalgiques pour la station debout et la marche. De plus, la question des douleurs indiquées dans les pieds à la marche n'avait pas encore fait l'objet d'un examen approfondi jusqu'au moment où la décision attaquée a été rendue. Il s'ensuit qu'on n'est pas en présence d'une situation médicale claire et non contestée qui permettait au SMR de se prononcer

sur la capacité fonctionnelle et de travail sans examiner l'assuré, respectivement de clore le dossier sans ordonner un complément d'instruction. Le médecin SMR consulté n'était de surplus pas titulaire de la spécialisation déterminante, il aurait dû solliciter l'avis complémentaire d'un confrère spécialiste. Selon la jurisprudence, la qualification du médecin joue en effet un rôle déterminant pour juger du bien-fondé de son avis (cf. arrêt du TF 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1; voir ég. l'arrêt du TAF C-2184/2013 du 21 janvier 2015 consid. 11.1). Il y a par ailleurs lieu de relever que le Dr G. _____ du SMR ne pouvait se considérer dans une situation qui permettait de procéder selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves (cf. l'arrêt du TF 9C-272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1 et les références), l'autorité inférieure a donc omis de procéder à des examens complémentaires ou d'en attendre le résultat. Il sied de rappeler qu'une instruction complémentaire doit être requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.4; ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

9.5 Au vu de ce qui précède il sied d'admettre le recours et de retourner le dossier à l'autorité inférieure (art. 61 PA; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) afin qu'elle finalise l'instruction du dossier et examine, suite aux résultats des examens annoncés par le Dr H. _____, en attente au moment de la décision attaquée, si la situation médicale s'est clarifiée ou est restée mal établie et incomplète nécessitant un examen rhumatologique et neurologique précisant la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée suivie d'une appréciation de la capacité fonctionnelle et de travail de l'assuré sous l'angle d'une évaluation économique de l'invalidité. Le renvoi est ainsi indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale (Cst., RS 101; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation médicale qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen, respectivement lorsque l'autorité inférieure n'a nullement instruit une question déterminante pour l'examen du droit aux prestations ou lorsque un éclaircissement, une précision ou un complément d'expertise s'avère nécessaire (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.2 et 3.3).

10.

10.1 Vu l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400.- francs perçue en cours de procédure est restituée au recourant.

10.2 Le recourant ayant agi sans s'être fait représenter par un mandataire professionnel et n'ayant pas eu des frais indispensables relativement élevés, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 64 al. 1 PA a contrario).

(Le dispositif figure sur la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis et la décision attaquée est annulée.

2.

Le dossier est retourné à l'autorité inférieure afin qu'elle procède au complément d'instruction requis selon le consid. 9.5.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 400.- francs versée en cours de procédure est restituée au recourant.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé avec avis de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. _ ; recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales à Berne (Recommandé)

Le président du collège :

Le greffier :

Christoph Rohrer

Pascal Montavon

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, 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 du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :