



Cour III
C-87/2013

Arrêt du 13 mai 2014

Composition

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

Parties

A. _____,
représenté par Maître Pierre Vallat,
recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (décision du 19 novembre 2012).

Faits :**A.**

A._____, ressortissant suisse et français né le (...) 1956, a travaillé en Suisse de 1974 à 2010 et cotisé à l'AVS/AI suisse.

B.

Le 2 septembre 2010, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité à l'Office de l'assurance-invalidité du Canton du Jura (OAI-JU). Il a fait valoir qu'il présentait un état anxio-dépressif depuis février 2010 ainsi qu'une coxarthrose bilatérale, des dorsolombalgies et une hypertension artérielle (AI pce 8). Par communication du 12 octobre 2010, l'OAI-JU a accordé à l'assuré une mesure d'occupation du 1^{er} octobre 2010 au 28 janvier 2011 (AI pce 25). Dans son rapport du 26 octobre 2010, le Dr B._____ a mentionné un état dépressif réactionnel suite au licenciement et une lombosciatalgie gauche (AI pce 31). Le Dr C._____ a également mentionné une lombosciatique gauche dans son rapport du 22 novembre 2010 (AI pce 38). Le 28 janvier 2011, l'OAI-JU a prolongé la mesure d'occupation jusqu'au 25 février 2011 (AI pce 42).

C.

Le 29 septembre 2010, sur mandat de l'assurance D._____, l'assuré s'est soumis à une expertise psychiatrique auprès du Dr E._____, médecin FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2010, le Dr E._____ a posé le diagnostic suivant: trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, actuellement en rémission (F43.22) et a estimé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail à partir de la date de l'expertise (dossier assureur perte de gain et SUVA).

D.

Le 10 janvier 2011, sur mandat de l'assurance D._____, l'assuré s'est soumis à une expertise rhumatologique auprès du Dr F._____, médecin FMH en médecine interne et spécialiste des maladies rhumatismales. Dans son rapport d'expertise du 18 janvier 2011, le Dr F._____ a posé entre autres les diagnostics suivants: lombosciatalgies gauches sur troubles statiques et dégénératifs étagés du rachis lombaire, coxarthrose bilatérale prédominant à droite, status après fracture du fémur droit ostéosynthésé avec comme séquelle une inégalité de longueur des membres inférieurs entraînant une boiterie à la marche. Le Dr F._____ a estimé qu'il fallait reconnaître une diminution de rendement de 20 % dans l'activité antérieure de responsable d'atelier, la diminution de rendement permet-

tant à l'assuré de faire des pauses et de changer de position (dossier assureur perte de gain et SUVA).

E.

Dans son avis du 28 mars 2011, le Dr G. _____ du SMR a estimé que l'activité antérieure était adaptée aux limitations de l'assuré et qu'elle était possible à plein temps en tenant compte d'une baisse de rendement de 20 % due à des pauses plus longues et plus fréquentes (AI pce 50). Le 11 avril 2011, l'OAI-JU a estimé la perte de gain de l'assuré à 25,3 %, retenant un salaire sans invalidité de CHF 66'306.00 et un salaire d'invalidé de CHF 49'529.12 (AI pce 53). Le 8 juin 2011, l'OAI-JU a accordé à l'assuré des mesures professionnelles et pris en charge une formation pratique de polissage du 30 mai 2011 au 4 décembre 2011 (AI pce 59). Le 20 décembre 2011, l'OAI-JU a prolongé la mesure de formation du 5 décembre 2011 au 31 mars 2012 (AI pce 77). Dans son avis du 22 mars 2012, le Dr H. _____ du SMR a relevé qu'il n'y avait pas d'évidence d'une péjoration de l'état de santé, le tableau restant dominé par des lombalgies mécaniques sans déficit neurologique. Il a précisé qu'une opération du canal lombaire devrait soulager les douleurs de l'assuré, mais qu'il n'était pas certain que la capacité de travail postopératoire soit supérieure à 80 % (AI pce 92).

F.

Par projet de décision du 6 juin 2012, l'OAIE a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de rente d'invalidité parce que le degré d'invalidité n'était que de 31,62 %, retenant un salaire sans invalidité de CHF 66'969.57 et un salaire d'invalidé de CHF 45'794.75 (AI pce 100). L'assuré a présenté des observations les 10 juillet et 5 septembre 2012 (AI pces 108 et 116). Il a produit un certificat manuscrit du Dr I. _____ daté du 14 août 2012 (AI pce 115). Dans son avis du 28 septembre 2012, le médecin du SMR a relevé que le certificat du Dr I. _____ était lacunaire, le statut n'étant pas décrit et les limitations fonctionnelles négligées. Il a précisé que le Dr I. _____ était médecin généraliste et non spécialiste en rhumatologie contrairement au Dr F. _____ (AI pce 119). Par décision du 19 novembre 2012, l'OAIE a rejeté la demande de prestations, retenant une perte de gain de 31,62 % sur la base d'un salaire sans invalidité de CHF 66'969.57 et d'un salaire d'invalidé de CHF 45'794.75 (AI pce 122).

G.

Le 7 janvier 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (TAF pce 1). Il a argué que le taux de capacité de travail de 80 % était trop élevé et le taux d'abattement de 10 %

trop faible. Il a demandé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. De plus, il a présenté une requête d'assistance judiciaire. Il a joint à son recours un rapport du 7 janvier 2013 du Dr. I._____ mentionnant des lombalgies chroniques et déplorant que l'assuré n'ait pas subi d'intervention chirurgicale depuis les examens de 2010 et 2011.

H.

Dans sa réponse au recours du 11 mars 2013 (TAF pce 4), l'OAIE a proposé le rejet du recours ainsi que la confirmation de la décision attaquée et renvoyé à la prise de position du 6 mars 2013 de l'OAI-JU qui a relevé que les deux expertises des Dr E._____ et F._____ étaient déterminantes, alors que le certificat du Dr I._____ était lacunaire, qu'il fallait donc considérer que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et que la perte de gain était de 31,62 %.

I.

Par décision incidente du 26 mars 2013, le Tribunal administratif fédéral a admis la demande d'assistance judiciaire du recourant et nommé Maître Pierre Vallat comme avocat d'office (TAF pce 5).

J.

Dans sa réplique du 4 juillet 2013, le recourant a argué que son état de santé s'était aggravé après l'expertise du Dr F._____, qu'il présentait une incapacité de travail bien supérieure à 20 % (TAF pce 7). Dans sa duplique du 20 août 2013, l'OAIE a réitéré ses conclusions (TAF pce 9).

K.

Sur invitation du Tribunal du 25 mars 2014 (TAF pce 11), le représentant du recourant a produit le 26 mars 2014 sa note d'honoraire d'un montant de CHF 4'496.50 (TAF pce 12).

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 in-

terjetés 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, le recourant 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 s'il 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 LPGA) - 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 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 concer-

nant 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 LPGa). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGa 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 LPGa dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

5.

5.1 Le recourant a travaillé en Suisse de 1974 à 2010. Depuis son licenciement par son dernier employeur, il n'exerce plus d'activité lucrative.

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 19 novembre 2012, l'OAIE a rejeté la demande de prestations de l'assuré parce que la dernière activité de l'assuré ou toute autre activité adaptée à son état de santé restait exigible avec un rendement de 80 %.

7.2 Compte tenu des pièces médicales versées au dossier, le Tribunal de céans ne peut que se rallier à l'avis du service médical de l'assurance-invalidité selon lequel l'assuré garde une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée avec un rendement de 80 % et non 100 % pour tenir compte du besoin de pauses plus élevé.

7.3 Dans ses écritures le recourant a argué que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise rhumatologique du Dr F._____ effectuée le 10 janvier 2011 et a demandé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. 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, d'une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée avec un rendement de 80 % n'a pas lieu d'être mise en doute. Dans son rapport du 7 janvier 2013, le Dr. I._____ a confirmé les diagnostics déjà connus et déploré que l'assuré n'ait pas subi d'intervention chirurgicale depuis les examens de 2010 et 2011. Le Tribunal constate que les pièces médicales versées au dossier ne contiennent aucun indice parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré après l'expertise du Dr F._____ et que les conclusions de cette expertise, qui respecte toutes les conditions posées par la jurisprudence, reste donc valable. Le Tribunal retient donc que l'assuré peut exercer une activité adaptée à plein temps avec un rendement de 80 %.

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 di-

minution 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).

9.

9.1 En l'espèce il y a ainsi lieu de procéder à une évaluation de l'invalidité selon la méthode générale. En effet, l'intéressé a cessé en 2010 son activité lucrative et n'a pas repris une autre activité depuis lors. Dans sa comparaison de revenus du 11 avril 2011 (AI pce 53), l'OAIE s'est basé pour le revenu sans invalidité sur les indications du dernier employeur et pour le revenu d'invalidité sur les données de l'OFS et a retenu un salaire annuel sans invalidité de CHF 66'969.57 et, après un abattement de 20 % pour pauses supplémentaires et de plus de 10 % pour d'autres raisons, un salaire annuel d'invalidité de CHF 45'794.75, ce qui correspond à une diminution de gain de 31,62 %. L'assuré fait certes valoir un abattement de 25 %, mais il semble ne pas avoir réalisé que l'OAIE a déjà procédé à une déduction globale de plus de 30 %. Une déduction encore plus favorable à l'assuré n'est donc pas possible. Le degré d'invalidité dans la dernière activité ou toute autre activité adaptée étant inférieure à 40 %, 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 Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Son représentant a produit le 26 mars 2014 une note d'honoraire d'un montant de CHF 4'496.50 correspondant à 16 heures de travail à CHF 270.- ainsi qu'à des débours de CHF 176.50. Le Tribunal constate que l'avocat a produit deux mémoires: un recours comportant 8 pages et une réplique de 3 pages. Vu le travail nécessaire pour la défense du recourant et la difficulté du cas, qui n'était pas particulièrement élevée, le Tribunal considère que 10 heures de travail à 250 francs ont été nécessaires. Au regard de l'art. 11 al. 2 FITAF, disposant que les photocopies peuvent être facturées au prix de 50 centimes par page, et du dossier de l'autorité inférieure (y compris dossier de l'assureur perte de gain et SUVA), il appert que le montant réclamé pour débours de CHF 176.50 est justifié. Le Tribunal alloue donc au représentant une indemnité globale de dépens de CHF 2'676.50 sans TVA car le recourant est domicilié à l'étranger (cf. entre autres arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6248/2001 du 25 juillet 2012 consid. 12.2.5).

10.3 Le recourant bénéficiant de l'assistance judiciaire, il n'est pas perçu de frais de procédure.

(dispositif à la page suivante)

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté

2.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

3.

Une indemnité de CHF 2'676.50 est allouée à Me Pierre Vallat, avocat d'office, à titre d'honoraires, supportés provisoirement par la caisse du Tribunal.

4.

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Acte judiciaire)
- 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 :