

FR_GERICHTE 605 2016 120 vom 13. April 2017

FR Kantonsgericht, 2017-04-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_120

FR: FR_GERICHTE 605 2016 120 du 13 avril 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 120 del 13 aprile 2017

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2016 120 Arrêt du 13 avril 2017 Ie Cour des assurances sociales Composition Président: Marc Boivin Juges: Marianne Jungo, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse: Maude Favarger Parties A. _____, recourant, représenté par Me Daniel Känel, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité Recours du 9 mai 2016 contre la décision du 7 avril 2016 Tribunal cantonal TC Page 2 de 8 considérant en fait A. A. _____, né en 1980, domicilié à B. _____, travaillait en qualité de manœuvre auprès de l'entreprise C. _____ SA, à D. _____. Le 19 août 2012, il a été victime d'un accident non professionnel au niveau du genou gauche. La SUVA a pris le cas en charge. Le 13 mars 2013, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), à Givisiez. Le 8 avril 2015, il a subi un accident professionnel au niveau de son genou gauche en portant un sac de plâtre lors d'un contrat de mission. La SUVA a pris le cas en charge. Après s'être fondé principalement sur l'instruction faite par la SUVA dans ce "pur cas commun LAA" et avoir pris l'avis du Dr E. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI, par décision du 7 avril 2016, lui a nié le droit à une rente d'invalidité étant donné que, selon les investigations sur le plan médical, son ancienne activité habituelle ainsi que toute activité correspondant à ses compétences peut être réalisée à plein temps sans diminution de rendement. B. En parallèle à la procédure en assurance-invalidité, la SUVA, à Lucerne, lui a nié, par décision du 1er décembre 2015, confirmée sur opposition le 15 février 2016, après comparaison des gains de valide et d'invalidé, le droit à une rente d'invalidité, constatant qu'il était exigible qu'il exerce à plein temps une activité adaptée à son handicap. Un recours (fff) a été interjeté le 17 mars 2016 devant le Tribunal de céans. Les pièces relatives à l'assurance-accidents ont été produites dans la présente procédure. C. Contre la décision de l'OAI du 7 avril 2016, A. _____, représenté par Me Daniel Känel, avocat à Fribourg, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 9 mai 2016. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en œuvre d'une expertise neutre et objective pour déterminer sa capacité de gain réelle, les limitations fonctionnelles au niveau de son genou gauche, son degré d'invalidité et une éventuelle baisse de rendement dans une activité adaptée à son état de santé. A l'appui de ses conclusions, il conteste l'évaluation de sa capacité de travail. Il a versé une avance de frais de CHF 800.- le 24 mai 2016. Dans ses observations du 20 juin 2016, l'OAI conclut au rejet du recours. Il considère

qu'il était autorisé à se baser sur les conclusions de la SUVA étant donné que le dossier du recourant est considéré comme un "pur cas commun LAA". Il pouvait ainsi établir l'exigibilité de l'assuré sans réserve, ce qui a été confirmé par le SMR le 14 mars 2016. S'agissant de la fixation du degré d'invalidité, il a été examiné selon les données médicales des médecins conseils de la SUVA qui ne retiennent aucune incapacité de travail, du moins aucune incapacité en lien avec des facteurs médicaux. S'agissant de l'opportunité de procéder à une réinsertion professionnelle, celle-ci a été examinée lors du séjour de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation. Le pronostic de réinsertion a été considéré comme défavorable, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, en raison du comportement de l'assuré et non du diagnostic médical. En ce sens, aucune Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 mesure de réadaptation n'était justifiée car l'assuré présentait, du point de vue médical, une pleine capacité de travail. Dans ses contre-observations du 29 août 2016, le recourant maintient ses conclusions. Il produit un rapport médical du Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, attestant une incapacité de travail complète jusqu'au 31 août 2016. Il relève que la dernière IRM pratiquée le 16 septembre 2015 a mis en évidence certaines lésions profondes au niveau du genou, lésions qui sont au moins en partie à l'origine des douleurs persistantes dont il souffre et qui l'empêchent d'exercer une activité professionnelle adaptée à 100% avec un rendement de 100%. A cet égard, contrairement à ce que prétend le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie, rien au dossier ne permet de retenir à un degré de vraisemblance suffisant que le dernier accident subi le 8 avril 2015 n'aurait entraîné aucune lésion structurelle pouvant justifier une aggravation de l'atteinte à son intégrité physique. Ainsi, il estime qu'une nouvelle expertise médicale est nécessaire afin de déterminer si et dans quelle mesure l'accident du 8 avril 2015 a augmenté l'incapacité de travail ceci pour déterminer correctement sa capacité de travail et de gain dans une activité adaptée ainsi que son rendement. Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). b) 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 (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux

d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). c) D'après l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. 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 (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). L'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accident en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et

capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise (arrêt TAF C- 7866/2009 du 2 mai 2011 consid. 9.1). Il sied de relever que les services médicaux de l'assurance- invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. 3. En l'espèce, le litige porte sur le droit à la rente, plus précisément l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, laquelle découle d'une appréciation médicale de sa situation. a) Dans son rapport médical du 9 septembre 2012, le Dr I. _____ pose le diagnostic de lésion complexe de la corne postérieure et de la zone intermédiaire du ménisque interne et lésion du bord libre de la zone intermédiaire du ménisque externe. Signes évocateurs d'une chondropathie fémoro-patellaire côté interne. Le reste de l'IRM du genou gauche s'avère normal après implantation d'un clou centro-médullaire tibial. Dans son rapport médical du 4 juin 2014, le Dr G. _____ indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible. Il peut par contre exercer une activité adaptée, plutôt un travail de bureau avec des déplacements sur terrain simple, en évitant la position agenouillée, durant 6 à 8 heures par jour avec dans ce cadre horaire une diminution de rendement de 25%. L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, le 17 octobre 2014. Il indique qu'il s'agit d'un assuré en bonne santé habituelle qui avait présenté antérieurement une fracture du tibia traitée par enclouage centro-médullaire à gauche en 2002 au Maroc et qui présente une chute avec torsion du genou le 19 août 2012 lors d'un match de football amical. On mettra en évidence une atteinte méniscale de la corne postérieure à gauche et une lésion du ligament croisé postérieur et dans un 2ème temps une lésion du ligament latéral externe. L'assuré sera opéré par arthroscopie diagnostic avec débridement de l'échancrure et rinçage le 30 octobre 2012 et on pratiquera une AMO du tibia gauche le 24 janvier 2013, puis le 30 avril 2013, une arthroscopie du genou gauche avec prélèvement du tendon quadricipital et reconstruction du LCP en double brin. Le 2 octobre 2013 on effectuera un prélèvement du demi-membraneux avec plastie de reconstruction du LLE du genou gauche. Les suites opératoires seront simples, néanmoins avec poursuite d'un syndrome algofonctionnel qui limite la reprise d'une activité professionnelle, notamment dans le bâtiment. Il propose d'adresser l'assuré à la Clinique romande de réadaptation pour une prise en charge globale afin de régler également la problématique professionnelle. Dans le rapport médical du 21 janvier 2015 de la Clinique romande de réadaptation, le Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique, indique que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des facteurs non médicaux et contextuels et que le pronostic de réinsertion dans une activité moins contraignante apparaît également défavorable pour les mêmes raisons. Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Dans son examen médical final du 26 février 2015, le Dr J. _____ mentionne, s'agissant de la capacité de travail qu'actuellement la capacité de travail objective dans l'ancienne activité exercée, à savoir celle de manœuvre sur les chantiers peut être considérée comme pleine et entière avec un rendement de 100%. Celle-ci serait également de 100% avec 100% de rendement dans toute autre activité disponible sur le marché du travail. Il n'y a pas de limitation d'exigibilité significative actuellement. Dans son

examen médical du 25 novembre 2015, le Dr L. _____ s'exprime de la manière suivante concernant l'exigibilité: "Das Zumutbarkeitsprofil, wie es vom Kreisarzt am 30.07.2015 festgehalten wurde, behält seine Gültigkeit, auch wenn der Patient im Rahmen der heutigen Untersuchung ein Verhalten präsentiert, welches damit nicht kompatibel zu sein scheint. Der Ordnung halber sei festgehalten, dass die Unfallkausalität der Operation, durchgeführt am 16.09.2015, als gegeben zu betrachten ist, ohne dass mit der Entfernung einer Fixationsschraube und eines Osteophyten der strukturelle Zustand des Kniegelenks dergestalt modifiziert wurde, dass das Sommer formulierte Zumutbarkeitsprofil davon betroffen wäre". Dans son rapport médical du 17 février 2016, le Dr G. _____, indique que les restrictions physiques sont la limitation de l'activité à l'extérieur, la montée et la descente d'escaliers, et la position agenouillée, ces positions générant une symptomatologie douloureuse. Il estime que son patient pourrait travailler entre 50% et 70% dans une activité adaptée. Il n'a pas de solution chirurgicale à proposer et pense que l'abstention d'une nouvelle intervention est la meilleure alternative actuellement. Dans un courrier du 18 février 2016, il précise que ce travail adapté permettrait d'éviter les montées et les descentes d'échelles ou d'escaliers, le travail en terrain irrégulier, les positions agenouillées ainsi que les stations debout prolongées. Dans son appréciation médicale du 14 mars 2016, le Dr E. _____ indique: "Cette situation relève d'un "cas commun pur LAA". L'appréciation médicale de la SUVA est basée sur une évaluation approfondie de 4 semaines à la CRR et deux examens par deux médecins d'arrondissement différents, dont les rapports sont probants. L'exigibilité médicale retenue est motivée et cohérente avec l'atteinte objective à la santé. Le constat objectif de l'orthopédiste traitant rejoint parfaitement celui des médecins de la SUVA. L'incapacité de travail que continue d'attester l'orthopédiste traitant repose exclusivement sur le comportement et les plaintes de l'assuré, lesquelles ne sont pas corrélées avec une atteinte à la santé objective. Cette incapacité ne peut donc pas être validée du point de vue médico-asséculogique". Conclusion: l'exigibilité médicale définie par les médecins de la SUVA peut être suivie sans réserve". Dans son appréciation chirurgicale du 1er juillet 2016, le Dr H. _____ explique que, si les lésions somatiques que présente l'assuré au niveau de son genou gauche en status après entorse avec rupture du LCP, lésion du LLE, multiples interventions avec entre autres plastie du LCP et du LLE, font que du point de vue asséculogique, une activité sur les chantiers n'est plus exigible, elles ne peuvent justifier une quelconque incapacité de travail dans une activité adaptée. Les séquelles somatiques en relation de causalité atteignant le degré de vraisemblance prépondérante avec l'accident du 19 août 2012 sont une amyotrophie relative du membre inférieur gauche, un genou gauche présentant une petite laxité ligamentaire suite à plusieurs interventions et en particulier une plastie du LCP et du LLE, associées à une gonarthrose tout au plus moyenne. De telles lésions structurelles justifient le fait qu'une activité professionnelle adaptée soit une activité ne demandant pas de déplacement en terrain irrégulier ni de position contraignante pour les genoux. Il note que ces limitations fonctionnelles correspondent tout à fait à celles retenues par le Dr G. _____ et que c'est en raison de l'importance de la symptomatologie douloureuse de Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 l'assuré que le Dr G. _____ estime que son patient n'a qu'une capacité de travail de 50% à 70% dans une activité adaptée. Mais aucun élément objectif ne permet de relier cette symptomatologie douloureuse à l'accident du 19 août 2012 dans un rapport de causalité atteignant le degré de vraisemblance prépondérante puisqu'aucune lésion somatique ne permet d'expliquer cette symptomatologie. Il note également que l'accident du 17 avril 2015 [recte: 8 avril] n'a entraîné aucune lésion structurelle et qu'il n'a donc pas pu déployer d'effet

plus de quatre mois. b) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que la cause est suffisamment instruite pour lui permettre de trancher. En l'espèce il ressort de ce qui précède que le Dr J. _____ considère que les accidents que l'assuré a subis limitent la reprise d'une activité professionnelle dans le bâtiment. Le Dr K. _____ partage cet avis. Dans son examen final, le Dr J. _____ estime pour sa part que la capacité de travail est même entière dans son ancienne activité de manœuvre sur les chantiers. Ces rapports médicaux sont antérieurs au deuxième accident ayant eu lieu le 8 avril 2015. Dans un rapport médical émis après le deuxième accident, le Dr M. _____ est de l'avis que l'assuré ne pourra pas bénéficier d'une pleine capacité de travail dans une activité sur les chantiers mais que la capacité de travail serait entière dans une activité adaptée sans déplacement en terrain irrégulier ni position contraignante pour les genoux. Dans un rapport subséquent de novembre 2015, le Dr L. _____ confirme l'exigibilité émise par le Dr M. _____ en juillet 2015. Quant au Dr E. _____ du SMR, il calque son appréciation sur les avis des médecins d'arrondissement de la SUVA et affirme qu'ils peuvent être suivis. Finalement, l'exigibilité émise par le Dr L. _____ et par le Dr M. _____ est une nouvelle fois entérinée par le Dr H. _____ dans une appréciation médicale très détaillée. Ce rapport se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier. Il prend également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux ont fait l'objet d'une étude spécialement fouillée. De plus, l'appréciation médicale retenue est claire et univoque et les conclusions du Dr H. _____ sont dûment motivées. Le seul avis vraiment divergent est celui du Dr G. _____ qui estime, sans le motiver, que son patient ne peut travailler qu'à un taux oscillant entre 50% et 70% dans une activité adaptée. Vu l'ensemble des rapports médicaux, la Cour se rallie aux avis du Dr M. _____, du Dr L. _____ et du Dr H. _____. En effet, le seul avis divergent du Dr G. _____ est succinct et non motivé s'agissant de l'estimation de la capacité de travail. De plus, l'on rappellera ici que l'avis du médecin traitant doit, de jurisprudence constante, être apprécié de façon prudente compte tenu du lien particulier qui le lie à son patient. Ainsi, vu l'ensemble du dossier médical, une expertise médicale neutre et objective pour déterminer correctement le degré d'invalidité s'avère inutile, et la Cour de céans retient qu'une activité sur les chantiers n'est plus exigible, mais que le recourant a une capacité de travail totale dans une activité adaptée ne demandant pas de déplacement en terrain irrégulier ni de position contraignante pour les genoux. 4. En ce qui concerne le calcul de la rente d'invalidité, le recourant n'invoque aucun argument concret. Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Le revenu sans invalidité n'est pas remis en cause par le recourant. Il a été correctement établi à CHF 57'718.- Quant au salaire d'invalidité, il a été établi à partir des descriptions de poste de travail (DPT) et la moyenne des salaires moyen des cinq fiches DPT retenues a été correctement fixée à CHF 57'535.- Si l'on compare le revenu de valide (CHF 57'718.-) au revenu d'invalidité (CHF 57'535.-) cela laisse apparaître une perte économique de 0.31%, inférieur au seuil légal de 40% pour reconnaître le droit à une rente d'invalidité. Dans ces conditions, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé.

Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 13 avril 2017/mfa Président Greffière-rapporteure

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.