

# FR\_GERICHTE 605 2018 43 vom 4. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2018\\_43](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_43)

FR: FR\_GERICHTE 605 2018 43 du 4 février 2019

IT: FR\_GERICHTE 605 2018 43 del 4 febbraio 2019

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 15

septembre 2015, a refusé de lui accorder une rente d'invalidité, estimant sur la base d'une expertise bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, susceptible même de lui procurer un revenu supérieur à celui réalisé jusqu'alors. Cette décision n'a pas été contestée et est dès lors entrée en force. C. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 20 janvier 2016, invoquant à nouveau une arthrose du genou gauche. Par décision du 4 avril 2016, l'assuré a bénéficié de mesures professionnelles sous forme d'un stage de préparation au CEPAI du 29 mars 2016 au 26 juin 2016, qui a toutefois dû être interrompu dès le 30 avril 2016 en raison d'une incapacité de travail totale attestée par son psychiatre traitant. Le 25 mai 2016, il a demandé la réévaluation de son taux d'invalidité en alléguant une aggravation de son état de santé tant sur le plan physique que psychique. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, un complément d'expertise sur le plan psychiatrique a été mis en œuvre, laquelle a retenu la présence d'un trouble somatoforme douloureux, toutefois sans aucune comorbidité psychiatrique, de sorte que ce diagnostic a été jugé non invalidant. Partant, l'OAI a une nouvelle fois considéré que l'assuré ne présentait aucune perte de gain résultant d'une atteinte à la santé et a dès lors refusé l'octroi de toute prestation de l'assurance- invalidité par décision du 16 janvier 2018. D. Contre cette dernière décision, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Telmo Vicente, avocat, interjette recours le 21 février 2018. Sous suite de frais et dépens, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Subsidiairement, il considère avoir droit à l'octroi d'un quart de rente au moins compte tenu des différentes limitations fonctionnelles et d'un désavantage salarial de 25% limitant son revenu d'invalidité à CHF 30'000.- au maximum. En substance, il affirme que son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision de refus de rente du 1er octobre 2014, dans la mesure où de nouveaux troubles se sont développés sur le plan somatique, en particulier une arthrose du genou

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 et de la hanche gauches, des troubles dorsaux et une aggravation de la perte auditive, entraînant des limitations fonctionnelles supplémentaires susceptibles d'influencer sa capacité de travail résiduelle. Il soulève par ailleurs des contradictions dans le rapport d'expertise psychiatrique, de nature à remettre en doute les conclusions de l'expert relatives au caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant. Partant, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, sur le plan psychiatrique mais également sous l'angle orthopédique et rhumatologique, afin de déterminer de manière globale l'incidence sur sa capacité de travail

de l'ensemble des atteintes. Le 13 mars 2018, il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Le 26 mars 2018, l'autorité intimée a proposé le rejet du recours et a renoncé à formuler des observations, en renvoyant à la décision attaquée. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leur moyens de preuve. 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 2.1. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées ; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion aux termes desquels il y a lieu de conclure à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2 et les références). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). 2.2. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a ; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 3. 3.1. 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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 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 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 (cf. art. 28 LAI). 3.2. 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). 3.3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311 ; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). En outre, il y a 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). Ainsi, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). 4. 4.1. Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 4.2. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la

révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 habituels) ont subi un changement important (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 ; VSI 1996 p. 192 consid. 2d ; ATF 113 V 22 et les références). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b). Pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 5. Est en l'espèce litigieux le rejet d'une nouvelle demande de rente. La question déterminante est celle de savoir si le recourant a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI (ci-dessus consid. 4.1). 5.1. Il s'agit de revenir sur le dossier afin de voir si et dans quelle mesure la situation médicale du recourant a évolué depuis la première décision de refus. 5.1.1. Situation initiale et première demande du 12 mars 2012 L'assuré, né au Portugal en 1969, a travaillé comme ouvrier viticole depuis son arrivée en Suisse au mois de mars 2000 (dossier OAI, pièce 16). Entre 2006 et 2008, il a subi plusieurs opérations des oreilles (en particulier tympanoplasties) par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (dossier OAI, pièce 173, p. 482-484). Dans un rapport du 17 novembre 2010, ce médecin signalait un fort handicap auditif et recommandait un appareillage (dossier OAI, pièce 20), qui a été pris en charge par l'assurance-invalidité (décision du 13 septembre 2011, dossier OAI, pièce 8). Dès le printemps 2011, il a développé des douleurs au genou gauche, en raison desquelles son médecin traitant, la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 21 juillet 2011. Il a été licencié avec effet au 31 octobre 2011. Le 12 mars 2012, il a déposé une demande de rente pour « arthrose genou gauche » survenue dès le mois de juillet 2011 (dossier OAI, pièce 16). Il a ensuite été opéré du genou gauche le 18 juillet 2012 (arthroscopie avec résection partielle du ménisque interne) par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier OAI, pièce 68). Dans un rapport du 16 août 2013, ce médecin attestait toutefois d'une évolution défavorable depuis cette intervention en raison d'une « lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne genou gauche » et de « chondropathie fémoro-patellaire », ainsi que d'une « généralisation des symptômes avec des douleurs para- vertébrales diffuses depuis la colonne cervicale jusqu'à la colonne lombaire, avec une perte de force des membres supérieurs » (dossier OAI, pièce 68).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 5.1.2. Première décision de refus du 1er octobre 2014 Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision de refus de prestations du 1er octobre 2014, la situation médicale avait été évaluée notamment sur la base d'une expertise bi-disciplinaire,

rhumatologique et psychiatrique, confiée au Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces experts avaient estimé qu'il subsistait une capacité de travail de 75% dans l'activité antérieure d'ouvrier-viticulteur et de 100% dans une activité adaptée (dossier OAI, pièce 102, p. 10). Le volet rhumatologique de l'expertise (rapport rhumatologique du 30 avril 2014, dossier OAI, pièce 102) retenait, sur le plan somatique, les diagnostics de « gonalgies G persistantes (syndrome fémoro-patellaire modeste ; status post-méniscectomie partielle du ménisque interne en 2012) », de « syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire » (p. 8), ainsi que de « cervico-brachialgies récurrentes (minime discopathie et protrusion discale C6-C7) ; status post-fracture fémorale G ostéosynthésée par enclouage en 1990 ; surdité bilatérale appareillée en 2007 (status post opération des deux oreilles en 2007 et 2009) » (p. 9). S'agissant du rachis, l'expert avait mentionné une « minime protrusion discale C6- C7 sans conflit radiculaire » ainsi qu'une « ostéochondrose lombaire antérieure multi-étagée, minime solution de continuité au niveau du processus transverse de D12 G probablement imputable à une spondylolyse non significative » (p. 8). Quant au genou gauche, l'expert n'avait constaté que des troubles minimes (« il n'y a pas de signe dégénératif, on note seul de minimes troubles dégénératifs fémoro-patellaires peu significatifs » ; p. 9), tout en soulignant une attitude démonstrative et contradictoire (p. 8). L'expert signalait ainsi « une discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour » (p. 9). En conclusion, il écartait le diagnostic de fibromyalgie (« absence de signes de non organicité selon Wadell, absence de point de fibromyalgie » ; p. 8). Les autres atteintes, notamment cervico-brachiales, lombaires et auditives, ayant été considérées comme non invalidantes, il avait estimé qu'une activité adaptée, limitant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg et les descentes en plan incliné et accidenté de manière répétitive, était exigible à 100% (p. 10). L'expert avait toutefois relevé différents facteurs extérieurs susceptibles d'influencer négativement les possibilités de réinsertion professionnelles (« les facteurs de mauvais pronostic sont l'intime conviction d'une invalidité totale et à vie, la somatisation sous-jacente, la longue durée d'inactivité professionnelle et la non maîtrise du français » ; p. 11). Quant au rapport du 28 avril 2014 concernant le volet psychiatrique (dossier OAI, pièce 101), il ne mentionnait que des diagnostics considérés comme sans influence sur la capacité de travail (« status après épisode dépressif sévère diagnostiqué lors de l'hospitalisation à G. \_\_\_\_\_ ; trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) secondaire aux problèmes somatiques ; probable évolution vers un trouble somatoforme (F45) » ; p. 13). L'expert avait ainsi affirmé que du point de vue psychiatrique, une activité adaptée aux douleurs de l'assuré était pleinement exigible du point de vue psychiatrique, malgré un pronostic réservé dû à l'évolution probable vers un trouble somatoforme. Il avait toutefois souligné qu'il n'y avait « pas de comorbidité psychiatrique » (« l'assuré est bien entouré, il n'y a pas de cristallisation psychique (...) en ce qui concerne les activités journalières, on est loin des activités d'un patient déprimé et handicapé » ; p. 15).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Les psychiatres traitants attestaient pour leur part d'une incapacité de travail totale. La Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis le mois de février 2013, signalait une réaction dépressive dès le mois d'août 2011 consécutive aux gonalgies, au licenciement et au contexte psycho-social (rapport du 6 avril 2013, dossier OAI, pièce 53). Quant au nouveau

psychiatre traitant dès le mois d'avril 2014, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il avait retenu, dans un rapport du 30 juillet 2014, les diagnostics de « F32.11 : Episode dépressif modéré avec syndrome somatique » et « F43.22 : Trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive ». Il avait affirmé que la « symptomatologie psychique suffirait pour attester une incapacité de travail à 100%, et ceci pour une durée indéterminée », tout en précisant qu'en cas de rémission de l'état psychique, une activité adaptée (tenant compte des limitations liées à son état physique, y compris limitation de mouvement, ainsi qu'un travail sans stress) pourrait être exigible jusqu'à 50%, soit 4h par jour (dossier OAI, pièce 123, p. 376ss.). Sur le plan neurologique, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, n'avait constaté aucun déficit neurologique et avait dès lors écarté tout diagnostic incapacitant (rapport du 20 juin 2013, dossier OAI, pièce 59). Enfin, s'agissant du déficit auditif, le Dr B. \_\_\_\_\_ avait confirmé le 18 août 2014 que le « problème otologique, la mise à l'AI n'est pas justifiée, car l'hypoacousie mixte persistante, d'un bon degré moyen, est certes gênante mais est bien appareillée », de sorte que sous cet angle, l'activité habituelle de viticulteur était considérée comme « parfaitement possible » (dossier OAI, pièce 125). C'est en connaissance de ces différents avis médicaux que l'OAI avait refusé l'octroi de toute prestation par décision du 1er octobre 2014, en retenant l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, susceptible de procurer à l'assuré un revenu statistique encore supérieur au revenu de l'activité habituelle (dossier OAI, pièce 126). Cette décision, non contestée, est entrée en force.

5.1.3. Nouvelle demande du 20 janvier 2016 Le 17 septembre 2015, l'assuré a subi une nouvelle opération de l'oreille gauche (« révision de tympanoplastie gauche ») par le Dr B. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 173, p. 481). En parallèle, le médecin traitant de l'assuré l'a adressé au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui, dans un rapport du 19 octobre 2015, a confirmé le diagnostic de syndrome douloureux chronique et a validé les conclusions de l'expert rhumatologue : « Ich kann die Beurteilung von Dr E. \_\_\_\_\_ absolut unterschreiben. Aus rein rheumatologischer Sicht findet sich kein objektiver Grund, welcher gegen die Wiederaufnahme einer adäquaten Tätigkeit zu mindestens 75% sprechen würde ». Il a, à son tour, souligné la problématique du processus d'invalidation de l'assuré : « Da der Patient überzeugt ist, dass er wegen seinen Schmerzen nie mehr wird arbeiten können, dürfte ein therapeutischer Approach schwierig sein » (dossier OAI, pièce 147). Le 20 janvier 2016, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations, en invoquant, comme dans sa première demande, une arthrose au genou gauche (dossier OAI, pièce 158).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Par décision du 4 avril 2016, l'OAI lui a octroyé des mesures professionnelles sous la forme d'un stage au centre d'intégration socioprofessionnelle (CIS) du 29 mars au 26 juin 2016 (dossier OAI, pièce 161). Ce stage a toutefois dû être interrompu dès le 30 avril 2016 pour raisons médicales, le psychiatre traitant ayant effet attesté d'une incapacité de travail totale sur le plan psychique (dossier OAI, pièce 166). Dans ce contexte, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a annoncé une aggravation de son état de santé le 25 mai 2016, en demandant la réévaluation de son droit à une rente d'invalidité (dossier OAI, pièce 174). À l'appui de sa demande, il a produit un rapport de son psychiatre traitant, affirmant que « l'état dépressif est devenu une entité propre et a fini par se chroniciser » et soulignant « une dégradation de son état, d'année en année, devenant de plus en plus inquiétant » (rapport du 26 avril 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_, dossier OAI, pièce 173, p. 476). Sur le plan oto-rhino-laryngologique, il a également produit deux rapports du Dr B. \_\_\_\_\_, qui confirmait à nouveau que la « surdité mixte de degré léger à gauche et de degré moyen à droite », une fois appareillée, ne représentait pas

une contre-indication à l'exercice d'une profession. Cependant, il évoquait l'influence négative de l'état dépressif sur le succès de l'appareillage (dossier OAI, pièce 173, p. 477) et questionnait l'existence d'une aptitude au travail compte tenu des autres pathologies, particulièrement psychiatriques (dossier OAI, pièce 173, p. 478). Le SMR, par la voix du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a alors estimé que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique, mais non sur le plan somatique (« au point de vue rhumatologique et ORL aucune aggravation de l'état de santé n'est à déplorer » ; rapport du 12 août 2016, dossier OAI, pièce 185). L'assuré a encore été entendu le 5 septembre 2016 par le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin CII (collaboration interinstitutionnelle), afin de faire le point sur l'évolution de son état de santé. A cette occasion, ce médecin constate que l'assuré, « centré sur ses plaintes, se considère comme étant incapable d'une activité professionnelle. L'entretien n'a pas permis de [le] motiver pour des mesures d'ordre professionnel. (...) Il laisse dans l'ensemble une impression de sincérité, mais aussi de pauvreté de ressources personnelles, au plan affectif mais également intellectuel, au point de douter de son niveau d'intelligence (est-il dans la norme ?) La difficulté de communication n'y est probablement pas étrangère » (dossier OAI, pièce 187). Un complément d'expertise sur le plan psychiatrique a dès lors été mis en œuvre auprès du Dr F. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 3 avril 2017 (dossier OAI, pièce 208), l'expert a estimé que le trouble somatoforme décelé lors de la première expertise était désormais « bien présent », tout en affirmant qu'il n'existait « aucune comorbidité psychiatrique, il n'y a donc pas de cristallisation psychique, l'assuré est bien entouré par sa famille, il est suivi par un psychiatre et il prend les médicaments » (p. 4-5). Il a en revanche écarté le diagnostic d'épisode dépressif attesté par le psychiatre traitant (« au moment de l'entretien, je n'ai pas pu objectiver des signes ou des symptômes du registre dépressif, l'assuré est surtout plaintif, il montre ouvertement ses sentiments d'injustice vis-à-vis de l'AI qui ne lui reconnaît pas sa souffrance (...) pourtant, si nous étudions de près ses activités journalières, il n'y a aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique, je rappelle qu'il fait les trajets (...) quatre fois par semaine pour amener son fils aux entraînements de football et il l'amène également les samedis pour les matchs. Je m'écarte donc sensiblement du diagnostic posé par son médecin psychiatre, celui d'épisode dépressif modéré avec syndrome somatique, car il n'y a aucun signe et symptôme selon la CIM-10 d'un tel tableau clinique » ; p. 4), et en expliquant que les moments de tristesse et d'anxiété font partie de l'évolution naturelle d'un

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 trouble somatoforme mais qu'il n'y a « pas de signes et symptômes d'un épisode ou d'un trouble dépressif en tant que tel, selon les critères de la CIM-10 » (p. 17). Il a également relevé des divergences « entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen », et notamment les activités quotidiennes de l'assuré, dont le psychiatre traitant ne parle pas, alors que « dans le ménage, les loisirs et activités sociales, il n'y a aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique » (p. 20). Il a ainsi évoqué une « névrose de compensation » (« l'assuré ne comprend toujours pas pourquoi l'AI ne lui a pas octroyé une rente alors qu'il se considère malade, mais si nous constatons ses activités quotidiennes, nous sommes loin d'une personne présentant une maladie psychiatrique invalidante » ; p. 17). En conclusion, l'expert a retenu les diagnostics de « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), sans comorbidité psychiatrique » et de « majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) (névrose de compensation) » (p. 16). Sous l'angle de la capacité de travail, il a estimé qu'« en l'absence d'une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique, cet assuré est capable

de travailler dans la même activité qu'il a exercée jusqu'à maintenant à 100% » (p. 21). Dans le cadre de ses objections du 21 juin 2017 à l'encontre du projet de refus de rente du 26 avril 2017, l'assuré a fait valoir que sa situation s'était péjorée tant sur le plan physique que psychique, en raison d'une nouvelle opération de l'oreille gauche, influençant négativement son état psychique, ainsi qu'en raison de l'aggravation des atteintes lombaires et de l'arthrose à la hanche et au genou gauches, engendrant des limitations fonctionnelles supplémentaires (dossier OAI, pièce 216). A cet égard, il a produit différents rapports d'imagerie : ■ rapport d'IRM de la colonne lombaire du 4 août 2016, mettant en évidence une « discrète spondylose modérée du rachis lombaire. Discopathie plus marquée en D11-D12 avec discret débord discal / petite herniation discale fusant vers le bas. Pas de compression radiculaire mise en évidence sur cet examen » (dossier OAI, pièce 216, p. 611) ; ■ rapport d'imagerie du genou gauche du 11 août 2016, constatant un « pincement de l'interligne fémoro-tibial médial. Pas d'épanchement articulaire. Patella bien centrée. Ostéophytose débutante du condyle fémoral médial et du bord médial de la patella » (dossier OAI, pièce 216, p. 612) ; ■ rapport d'imagerie du bassin, hanche axiale gauche et colonne lombaire du 26 juillet 2016, selon lequel « la courbure de la colonne est physiologique. Pas de perte de hauteur des corps vertébraux. Discopathie plus marquée aux niveaux D10-D11 et D11-D12. Petit ostéophyte antérieur sur L5 » et « excroissance osseuse du grand trochanter gauche non spécifique (exotose ? calcification / ossification ligamentaire ?). Effet d'épaule de la jonction tête-col ddc évoquant un conflit fémoro-acétabulaire. Calcification hétérotopique vers os acétabuli à droite. Pas de fracture visible » (dossier OAI, pièce 216, p. 613) ; ■ rapport de CT du pelvis natif du 28 juillet 2016, relevant des « altérations dégénératives sacro-iliaques » ainsi que des lésions « compatibles avec un conflit fémoro-acétabulaire d'origine mixte » et des « altérations dégénératives avec sclérose de l'os sous-chondral » (dossier OAI, pièce 216, p. 615). Le 18 décembre 2017, le SMR, par le Dr L. \_\_\_\_\_, a confirmé la haute valeur probante du complément d'expertise psychiatrique et, partant, « l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant pouvant influencer la capacité de travail de l'assuré qui présente, toujours, un trouble

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique ». Il constate que la problématique ORL, une fois appareillée, n'est pas invalidante, comme le déclare le spécialiste traitant lui-même. En conclusion, il retient que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié de manière suffisante pour justifier une aggravation avec influence sur la capacité de travail retenue lors de la décision du 1er octobre 2014 (dossier OAI, pièce 220). C'est dans ce contexte que l'OAI a rendu la décision attaquée le 16 janvier 2018. 5.2. Le recourant affirme que son état de santé s'est aggravé, tant sur le plan physique que psychique. En particulier, il reproche à l'autorité intimée d'avoir constaté de manière erronée que sa situation médicale et l'exigibilité médico-théorique étaient demeurées inchangées depuis le 1er octobre 2014, en violation du principe inquisitoire prescrit par l'art. 43 LPG. 5.2.1. Sur le plan psychiatrique tout d'abord, le recourant remet en cause la valeur probante du complément d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, qu'il juge contradictoire par rapport aux observations de son psychiatre-traitant (tristesse, perte de confiance, manque d'intérêt pour la vie et idées suicidaires récurrentes) ou du Dr M. \_\_\_\_\_ (pauvreté de ressources personnelles, niveau d'intelligence). Il critique également certaines contradictions internes à l'expertise (notion d' « idées délirantes », absence de comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé), de sorte que ses conclusions, s'agissant du caractère invalidant du

trouble somatoforme diagnostiqué, ne sauraient être suivies. A cet égard, la Cour constate tout d'abord que l'expertise complémentaire du 3 avril 2017 – tout comme le rapport initial du 28 avril 2014 – a été établie en pleine connaissance du dossier asséurologique et médical du recourant, permettant ainsi à l'expert de disposer d'une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte social, familial et économique du recourant, ainsi que sur un examen clinique réalisé le 7 mars 2017, en présence d'une interprète. A cette occasion, le recourant a pu s'exprimer sur sa situation personnelle et ses problèmes actuels (problèmes aux deux oreilles, pas de force dans les jambes, douleurs partout, insomnies dues aux douleurs, préoccupation vis-à-vis de son état physique et sentiment d'injustice face à l'AI qui ne lui reconnaît pas le droit d'être malade ; p. 13 et 15). Il appert ainsi que les plaintes du recourant ont été dûment prises en compte par l'expert. Le recourant a également pu décrire ses journées (coucher vers 23h, lever vers 4h00 en raison des douleurs, prise de médicaments, préparation du petit-déjeuner pour son fils âgé de 15 ans, deux promenades d'une heure le matin et l'après-midi, rencontre de connaissances pour discuter, préparation des repas et vaisselle, télévision, repos, téléphones et rencontres avec sa famille, conduite de son fils à ses entraînements et matchs de football jusqu'à cinq fois par semaine, aide aux activités ménagères ; p. 13-14-15). Sur la base de ces déclarations, l'expert a constaté qu'il n'existait aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique dans les activités sociales, les loisirs ou le ménage (p. 20). Il a en revanche estimé que le recourant présentait les critères du comportement histrionique pour attirer l'attention d'autrui (p. 17). Des tests de dosages plasmiques ont été effectués, confirmant une prise d'antidépresseurs située dans l'intervalle thérapeutique (p. 18). En outre, les questions litigieuses, à savoir le caractère invalidant du trouble somatoforme ainsi que l'existence d'un trouble dépressif, ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'expert a en effet procédé à une analyse des critères de ces diagnostics selon la CIM-10 (p. 17). Il a ensuite justifié sa position par rapport à l'opinion divergente du psychiatre traitant quant au diagnostic d'épisode dépressif, en particulier sous l'angle de l'analyse des activités quotidiennes de l'assuré ainsi que du diagnostic de trouble somatoforme impliquant naturellement des moments de tristesse et d'anxiété (p. 17 et 20). Ses

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 conclusions relatives à l'absence de caractère invalidant du trouble somatoforme diagnostiqué sont également motivées de manière détaillée (p. 17 et 20). Ainsi, dans la mesure où ce rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. Quant au grief du recourant relatif au fait que l'expert a renoncé à effectuer un test de mesure du quotient intellectuel, on rappellera à cet égard que selon la jurisprudence, il appartient à chaque expert de décider de l'opportunité de tests psychologiques (cf. arrêt TF I 117/07 du 28 février 2008), de sorte que cette seule critique ne saurait permettre de nier la valeur probante de ce rapport. Cette expertise n'est pas non plus valablement remise en cause par les rapports du psychiatre traitant, dans la mesure où les conclusions de ce dernier semblent reposer sur les seules plaintes du patient (« tristesse permanente, désespoir, perte de confiance en soi-même, anxiété, angoisses, trouble de sommeil et manque d'intérêt pour la vie, avec des idées suicidaires qui reviennent » ; rapport du 26 avril 2016, dossier OAI, pièce 173, p. 476), qui paraissent toutefois incompatibles avec la description par l'assuré de ses activités quotidiennes et sociales. Par ailleurs, ce médecin estimait déjà en 2014 que les seules atteintes psychiques, notamment l'épisode dépressif controversé, justifiaient une incapacité de travail totale (cf. rapport du 30 juillet 2014). Or, cette opinion avait été écartée au profit de l'appréciation de l'expert F. \_\_\_\_\_ à l'époque du premier refus de rente.

L'on ne saurait aujourd'hui préférer l'avis du psychiatre traitant, alors même que le dossier médical, dans sa globalité, va dans le droit sens de l'appréciation de l'expert F. \_\_\_\_\_, en particulier sous l'angle d'une forte auto-conviction d'une invalidité à vie : ■ « l'intime conviction d'une invalidité totale et à vie » constatée d'abord par l'expert E. \_\_\_\_\_ en 2014 ; ■ « il s'attend à obtenir une compensation financière par rapport à ses douleurs, ne comprenant pas pourquoi celles-ci ne sont pas reconnues par les assurances » selon l'expert F. \_\_\_\_\_ également en 2014 ; ■ « l'énorme sentiment d'injustice et de détresse qu'il éprouve, du fait qu'il sent un manque de protection et d'assistance de la part des institutions qui pourraient l'aider » selon le psychiatre traitant le 30 juillet 2014 ; ■ « Da der Patient überzeugt ist, dass er wegen seinen Schmerzen nie mehr wird arbeiten können (...) » selon le Dr K. \_\_\_\_\_ le 19 octobre 2015 ; ■ « il dit surtout et à répétition que son état de santé ne lui permet pas de travailler » selon le rapport de stage au CIS (dossier OAI, pièce 169, p. 466) ; Il convient finalement de rappeler que le statut de psychiatre traitant du Dr I. \_\_\_\_\_ le rend de facto enclin, en cas de doute à prendre parti pour son patient et à relayer ses plaintes, qui plus est dans un contexte de majoration des symptômes et de « névrose de compensation » observé par l'expert. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi l'OAI aurait mal constaté les faits pertinents en se fondant sur ce rapport d'expertise pour exclure la présence d'une atteinte invalidante sur le plan psychique.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 5.2.2. Sur le plan somatique ensuite, le recourant soutient que la perte auditive constatée entre mai 2016 et janvier 2017, ajoutée au développement de nouvelles atteintes dégénératives (coxarthrose, spondylose et discopathie), engendrent de nouvelles limitations fonctionnelles susceptibles d'influencer sa capacité de travail résiduelle. Il requiert dès lors la mise en œuvre de nouvelles mesures d'instruction sous l'angle rhumatologique et ORL. S'agissant du volet ORL, force est de constater d'emblée que de l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ lui-même, le déficit auditif, une fois appareillé, ne saurait justifier aucune incapacité de travail. Ce spécialiste s'est en effet limité à mettre en doute la capacité de travail résiduelle compte tenu des autres pathologies, particulièrement psychiatriques. Or, comme il vient d'être vu, la présence d'une atteinte invalidante sur le plan psychiatrique, et en particulier l'existence d'un état dépressif éventuellement induit par les troubles auditifs, a été exclue par l'expert F. \_\_\_\_\_, lequel a procédé à une évaluation globale de la situation psychique du recourant. Sur le plan rhumatologique, on rappellera que les atteintes constatées en 2014 étaient les suivantes : « syndrome fémoro-patellaire modeste ; status post-ménisectomie partielle du ménisque interne en 2012 », « syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire », « cervico-brachialgies récurrentes (minime discopathie et protrusion discale C6-C7) ». Les derniers rapports d'imagerie produits par le recourant permettent ainsi de mettre en évidence des atteintes qui semblaient ne pas être présentes en 2014, à savoir une « discrète spondylose modérée du rachis lombaire », une « discopathie plus marquée en D10-D11 et D11-D12 » sans compression radiculaire, une suspicion de « conflit fémoro-acétabulaire d'origine mixte » ainsi que des « altérations dégénératives sacro-iliaques ». Cela ne saurait toutefois suffire pour mettre en doute les conclusions de l'expertise rhumatologique de 2014. En effet, le recourant n'apporte pas le moindre avis médical attestant que ces atteintes pourraient aggraver les limitations fonctionnelles qui avaient été retenues par l'expert E. \_\_\_\_\_ en 2014. Pour mémoire, l'expert avait estimé qu'une activité adaptée, limitant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg et les descentes en plan incliné et accidenté de manière répétitive, était exigible à 100% (expertise du 30 avril 2014, dossier OAI, pièce 102, p. 10). On

rappellera que les conclusions de cet expert avaient été validées non seulement par le SMR, mais également par le Dr K. \_\_\_\_\_, à qui l'assuré avait été adressé par son médecin traitant en 2015. Par ailleurs, on peut douter que les limitations retenues ne soient plus adaptées à l'ensemble des atteintes rhumatologiques actuelles du recourant, dans la mesure où celles-ci visaient précisément à préserver le rachis et les membres inférieurs et supérieurs. Quoi qu'il en soit, à défaut de tout avis médical susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert E. \_\_\_\_\_, qui retenait sous l'angle rhumatologique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'on doit admettre que le recourant a échoué à établir la preuve d'une aggravation de son état de santé ayant des répercussions sur sa capacité résiduelle. Partant, c'est à bon droit que l'autorité intimée a considéré que la situation médicale du recourant était globalement demeurée inchangée ou, à tout le moins, qu'il n'existait pas de modification

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 suffisante pour justifier une aggravation avec influence sur l'exigibilité médico-théorique telle qu'elle avait été décrite dans la décision du 1er octobre 2014. 5.3. Il ressort de tout ce qui précède qu'une aggravation significative de l'état de santé du recourant depuis la décision de refus de rente du 1er octobre 2014 ne peut être considérée comme avérée. Il convient au contraire de constater que l'aggravation qu'il allègue ne constitue en réalité que l'intensification du phénomène d'invalidation dans lequel il était déjà engagé à l'époque, qui avait déjà été relevé par plusieurs médecins dans le cadre du refus de rente initial et pour lequel la responsabilité de l'assurance-invalidité, aujourd'hui encore, ne saurait être engagée. Il n'apparaît du reste aucun élément qui permette de penser que le refus de rente initial était erroné, au point qu'il faille le reconsidérer. Par ailleurs, aujourd'hui comme lors du refus initial, la situation demeure marquée par de nombreux facteurs extra-médicaux, à commencer par le licenciement survenu peu après le début de l'arrêt de travail lié à l'apparition des gonalgies, ainsi que sa détermination à obtenir une rente de l'assurance-invalidité due à sa conviction d'être invalide. Or, de tels facteurs ne sauraient être pris en considération pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 5.4. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Une telle mesure n'apparaît en effet nullement justifiée à défaut d'indice suffisant permettant de remettre en question la capacité médico-théorique retenue par l'autorité intimée sur la base des expertises d'ores et déjà réalisées. L'absence de rapport médical probant permettant d'appuyer les thèses du recourant ne saurait ainsi constituer un motif pour ordonner de nouvelles mesures d'instruction médicales souhaitées par lui. Une nouvelle expertise n'aurait au demeurant guère de sens au vu du contexte extra-médical prépondérant, et ne pourrait avoir d'autre effet que de conforter le recourant dans sa conviction d'être invalide, qui semble présente chez lui depuis son licenciement. 6. Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée est confirmée. Compte tenu de l'issue du litige, les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais. Il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant ; ils sont compensés avec l'avance de frais du 13 mars 2018 III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. 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 4 février 2019/isc Le Président : La Greffière :

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