

# FR\_GERICHTE 608 2016 104 vom 22. August 2017

FR Kantonsgericht, 2017-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_104](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_104)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 104 du 22 août 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 104 del 22 agosto 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

### E. 2

Dans son recours, la recourante a invoqué une violation de son droit d'être entendue, en faisant valoir que la décision de l'autorité intimée n'apportait aucune motivation convaincante. Ce grief doit être examiné à titre liminaire dans la mesure où, s'il devait recevoir une réponse positive, il scellerait le sort du présent litige. a) Aux termes de l'art. 42 1ère phrase de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (cf. ATF 124 V 180 consid. 1c; 131 V 35 consid. 4.2). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu le devoir pour une autorité ou un juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient (ATF 129 I 232 consid. 3.2; arrêt TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.1). Pour répondre à ces exigences, l'autorité ou le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in: RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité ou un juge se rend

coupable d'un déni de justice formel si elle ou il omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a; cf. également arrêt TF 9C\_179/2015 du 22 septembre 2015 consid. 3.1). b) Le droit d'obtenir une décision motivée n'oblige pas l'autorité à mentionner tous les rapports et certificats produits dans le cadre de l'instruction. La motivation de la décision portée céans permet de comprendre les éléments qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été: En effet, l'autorité a précisé pour quelles raisons elle a fait application de la méthode spécifique, a exposé que trois expertises neurologiques et une expertise psychiatrique avaient été diligentées, a brièvement résumé leurs conclusions et a conclu à l'existence d'une capacité de travail entière dans toute activité. La recourante ne prétend d'ailleurs pas qu'elle n'aurait pas été en mesure de discerner la portée de la décision entreprise et de l'attaquer valablement. Le point de savoir si l'autorité intimée aurait dû préférer l'opinion d'un médecin traitant de la recourante à celle de l'expert, voire procéder à une expertise complémentaire et à l'audition de la recourante, sont des questions qui relèvent non pas du droit d'être entendu mais de l'appréciation des preuves. Il se justifie donc de les examiner avec le fond du litige (cf. arrêts TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.2 et 9C\_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 2.2). Partant, ce grief, mal fondé, doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

### **E. 3**

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 fédérale 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. b) 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 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.

### **E. 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 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). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). c) 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 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.). 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). 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). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche 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. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules 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 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 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). d) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). e) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique; cf. art. 28a al. 2 LAI). Pour évaluer l'invalidité selon la méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n° 3079 ss dès le 1er janvier 2008). Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêt TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3; ATF 128 V 93). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 133 V 504 et les références citées), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent

être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre d'eux, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; ATF 130 V 97 consid. 3.3). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, p. 222). f) Selon la méthode mixte, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références citées). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références citées). En outre, soulignons encore que l'incapacité de travail ne se confond pas avec la perte de gain subie par l'assuré dans le cas où le taux d'activité professionnel n'est pas de 100 % (arrêt TF I 151/06 du 29 juin 2007). Il incombe en effet aux assurés exerçant une activité professionnelle à temps partiel de mettre à profit toute la capacité de travail raisonnablement exigible (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées), de sorte que l'incapacité de travail correspond alors à la différence entre le taux d'activité professionnelle et la capacité de travail médicalement attestée. En ce sens, la jurisprudence considère d'ailleurs que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; arrêt TF I 156/04 du 13 décembre 2005 publié in SVR 2006 IV no 42 p. 151 et la référence citée). Cela étant, les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions de l'enquête à domicile lorsque l'on est en présence d'une pathologie psychique et qu'il existe des divergences entre les deux types de données évoquées. Une telle priorité est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (arrêts TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 9C\_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références citées). Si les résultats de l'enquête divergent sensiblement de l'appréciation

médicale, un examen par le service médical régional de l'OAI (SMR) sera requis (directives CIIAI, n° 1059).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Enfin, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'elle accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si elle aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou si elle aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de la personne assurée, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées). La Cour européenne des droits de l'homme a, dans l'arrêt *Di Trizo c. Suisse* (n° 7186/09) du 2 février 2016, dit, par 4 voix contre 3, que la méthode mixte du droit suisse viole l'art. 14, combiné avec l'art. 8 de la convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH; RS 0.101). g) 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

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 indépendantes (cf. arrêt TF 8C\_558/ 2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des 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. Le recours à une expertise initiée par l'assurance-invalidité n'est utilisé que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux existants, renseignements) ou encore en cas de controverses médicales sur un cas concret (BLANC, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, p. 142). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus 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 (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; 124 V 90 consid. 4b).

4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente de l'assurance- invalidité.

a) Les pièces suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction:

- Le certificat médical initial du 17 juillet 2010 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, qui a mentionné un traitement conservateur depuis le 1er juillet 2010, sans incapacité de travail (dossier AI pce p. 76).
- Le rapport médical du 8 octobre 2010 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne générale, qui a posé le diagnostic de cervicalgie post-traumatique, avec deux hernies discales en C5-C6 et C6-C7 (dossier AI pce p. 78).
- Le certificat médical intermédiaire du 12 janvier 2011 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a mentionné une cervico-brachialgie droite avec syndrome de névralgie côté gauche. Elle a conclu à une incapacité de travail en tant que ménagère au foyer de 60% depuis le 21 décembre 2010 (dossier AI pce p. 79; cf. également pce p. 91).
- Le premier rapport d'expertise – diligentée par la C. \_\_\_\_\_ SA – du 18 mars 2011 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, de I. \_\_\_\_\_, qui a constaté une tendomyogélose cervico-scapulo-brachiale droite. Il a retenu les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré II selon la Quebec Task Force, de hernie discale modérée C5- C6 latérale droite et C6-C7 médiane vraisemblablement sans relation significative avec l'événement accidentel et les plaintes actuelles, ainsi que d'état anxieux voire anxiodépressif réactionnel. S'agissant de l'exigibilité, l'expert a tout d'abord noté qu'« étant donné le laps de temps relativement bref écoulé depuis l'événement accidentel, il est évident qu'il est trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle invalidité économique et anatomique définitive ». Il a toutefois

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 ensuite exposé qu'« il apparaît que [l'assurée] présente vraisemblablement des difficultés dans toutes les activités lourdes du ménage soit faire les lits, passer l'aspirateur, porter les commissions lourdes, faire les vitres, repasser et faire la lessive. Elle présente probablement également des difficultés dans l'éducation de ses enfants (sur le plan scolaire) en raison de troubles de la concentration et de la mémoire et d'une nervosité/Irritabilité. Sur la base des éléments à ma disposition, je pense que les troubles précités entraînent une incapacité de travail en tant que femme au foyer de 30% ». Il a finalement considéré que l'évolution devrait être favorable (dossier AI pce p. 80 à 90). - Le rapport médical du 26 janvier 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a relevé la persistance des maux de tête et des cervicalgies (dossier AI pce p. 92). - Le rapport médical du 21 mars 2012 de la Dresse J. \_\_\_\_\_, chiropraticienne, qui a fait état d'une amélioration des symptômes au niveau de la colonne cervicale (dossier AI pce p. 94 s.). - Le rapport médical du 24 mai 2012 du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de L. \_\_\_\_\_, qui a noté des difficultés mnésiques d'attention et de concentration. Les tests neuropsychologiques effectués étaient globalement dans la norme (rapport ne figurant pas au dossier de l'autorité intimée mais résumé par la recourante dans son écriture de recours en p. 6). - Le deuxième rapport d'expertise – diligencé par la C. \_\_\_\_\_ SA – du 11 septembre 2012 du Dr H. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_, qui a tout d'abord noté que l'assurée ne mentionnait plus les troubles de la mémoire et les phénomènes d'irritabilité/nervosité. Ses conclusions sont globalement identiques sur tous les plans. Il a ainsi conclu que « globalement, on peut dire que dans l'entretien de son ménage, [l'assurée] peut effectuer toutes les activités légères et moyennement lourdes, mais qu'elle ne peut effectuer les activités lourdes du ménage ». L'expert a finalement estimé que la situation allait vraisemblablement continuer de s'améliorer (dossier AI pce p. 96 à 108). - Le rapport médical du 15 octobre 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué des cervicalgies-brachialgies droites chroniques post-traumatiques, des céphalées chroniques, depuis juillet 2010, ainsi qu'un état anxio-dépressif, depuis 2010 (dossier AI pce p. 16 à 21). - Le rapport médical du 24 octobre 2012 de la Dresse J. \_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré II selon la Quebec Task Force, de hernie discale modérée C5-C6 latérale droit et C6-C7 médiane vraisemblablement sans relation significative avec l'événement accidentel et les plaintes actuelles, ainsi que d'état anxieux voire anxiodépressif réactionnel. Elle a estimé que l'activité de femme au foyer est par contre envisageable à raison de 3 à 4 heures par jour (dossier AI pce p. 31 à 39). - Les rapports médicaux des 10 avril et 12 novembre 2012 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qui a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques d'origine post-traumatique de degré II selon la Quebec Task Force (M50.1; S13.4) avec inversion de la lordose cervicale, de contractures musculaires unilatérales droites importantes depuis le 1er juillet 2010, avec un état de surmenage (7 73.0) comme facteur contribuant. Il a conclu à une capacité résiduelle de 50% au moins comme femme au foyer. Il a précisé que l'assurée était apte à effectuer un travail assis, plutôt intellectuel, interrompu, avec des changements de positions, accompagné de traitements physiques passifs et actifs (dossier AI pce p. 42 à 49, 51 à 55).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 - La prise de position du 10 avril 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a noté que l'assurée présentait une pathologie assimilée par la jurisprudence à la fibromyalgie et autres syndromes sans étiologie claire et sans constat de déficit organique. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise neurologique et

psychiatrique avec conclusions consensuelles (dossier AI pce p. 115 s.). - Le rapport d'enquête ménagère du 23 mai 2013 (dossier AI pce p. 120 à 124). - Le rapport d'expertise du 17 septembre 2013 du Dr O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui n'a retenu aucun diagnostic, avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, au plan psychiatrique. Il a en particulier noté qu'« aucun élément du dossier transmis n'envisage une symptomatologie psychiatrique en-dehors du rapport médical, en date du 15 octobre 2012, sous la signature du Dr F.\_\_\_\_\_, qui envisage un état anxio-dépressif ayant valeur incapacitante, sans cotation CIM-10 et surtout sans mentionner de symptomatologie psychiatrique. Il est à noter que, actuellement, l'assurée précise ne pas prendre de traitement psychotrope et nous ne voyons pas en quoi la vie de l'assurée, qui semble bien remplie, serait entravée par une difficulté de mobilisation des ressources dans le cadre de cette symptomatologie anxio-dépressive, qui est du reste niée par l'assurée ». Le psychiatre a dès lors conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité (dossier AI pce p. 140 à 146). - Le rapport d'expertise complémentaire – type enquête ménagère – du 28 janvier 2014 du Dr H.\_\_\_\_\_, de I.\_\_\_\_\_, qui a retranscrit l'enquête ménagère réalisée le 10 septembre 2013 par Mme P.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, et retenu les pourcentages d'incapacité suivants: Préparer les repas, 15%; laver la vaisselle, la ranger, mettre la table, 15%; faire des achats, 15%; nettoyer, ranger, faire les lits, 15%; faire la lessive, repasser, 5%; réparer, rénover, coudre, tricoter, 0%; animaux domestiques, plantes, jardin, 25%; travaux administratifs, 0%; nourrir les enfants, les laver, les coucher, 0%; jouer avec les enfants, faire les devoirs avec eux, 0%; accompagner les enfants, les amener quelque part, 0%. Il a ensuite conclu que: « le préjudice calculé en fonction des normes de temps, des degrés d'incapacité constatés et des constatations médicales est de 8,93%. Cette appréciation n'est pas définitive, il avait été mentionné dans le rapport de 2012 qu'au terme d'une période de 5 ans après l'événement accidentel, il faudra considérer que les facteurs traumatiques seront devenus d'importance mineure par rapport aux autres éléments au cas où les plaintes persisteraient. Ceci implique aussi le dommage ménager » (dossier AI pce p. 187 à 197 et 209 à 219). - Le rapport médical du 25 février 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_, qui a préconisé une nouvelle IRM cervicale (rapport ne figurant pas au dossier de l'autorité intimée mais résumé par la recourante dans son écriture de recours en p. 8). - Le rapport d'expertise du 12 juillet 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie, de Q.\_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics de « Whiplash-Associated Disorders » de grade II selon la Quebec Task Force (S13.4) et de hernie discale modérée polyétagée C5-C6 et C6-C7 (M51.9). Le neurologue a en particulier exposé que « les herniations n'expliquent pas la symptomatologie algique de la patiente » et qu'« en l'absence de lésions du système nerveux, cette maladie ne constitue pas, en soi, une maladie neurologique. Par conséquent, nous ne retenons pas de désordre neurologique sur lequel nous pouvons nous prononcer en terme de limitations fonctionnelles, d'exigibilité professionnelle ». L'expert a dès lors conclu à une capacité de travail pleine et entière dans toute activité. Il a toutefois ajouté qu'il convenait de tenir compte « du risque grandissant de voir cette symptomatologie glisser dans un syndrome douloureux

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 chronique ou une douleur chronique selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (Classification of Chronic Pain, Pain 1986; Suppl 3; S1-S226), auquel cas les répercussions sur le plan psycho-social peuvent devenir concrètement invalidantes » et a estimé que l'assurée devait pouvoir bénéficier d'une évaluation multidisciplinaire comprenant des avis rhumatologique, neurochirurgical, psychiatrique, physiothérapeutique et spécialisé en médecine de la douleur (dossier AI pce

p. 162 à 175). - La lettre du 8 septembre 2014 du Dr M. \_\_\_\_\_, qui a mentionné que l'IRM cervicale montrait, en comparaison avec l'examen de 2010, une discrète progression au niveau du débors discal au niveau C5-C6 (dossier AI pce p. 186). - Le rapport médical du 13 février 2015 de la Dresse J. \_\_\_\_\_, qui a exposé que le traitement chiropratique avait apporté un soulagement momentané mais que les soins effectués n'avaient pas pu stabiliser son état de santé (rapport ne figurant pas au dossier de l'autorité intimée mais résumé par la recourante dans son écriture de recours en p. 9). - La prise de position du 15 juin 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a noté que « l'expertise psychiatrique a exclu une affection psychique et exclu la présence des facteurs de gravité définis par la jurisprudence. L'expertise neurologique ne retient aucune limitation fonctionnelle et aucune incapacité de travail sur le plan neurologique. [...] Nous sommes 5 ans après un « coup du lapin » sans lésion organique (degré II QTF). [...] La situation médicale est établie de manière claire et exhaustive. [...] L'état de santé objectif est stabilisé et n'a pas évolué depuis les dernières expertises. Aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est à prévoir » (dossier AI pce p. 221 s.). - Le troisième rapport d'expertise – diligenté par la C. \_\_\_\_\_ SA – du 11 septembre 2015 du Dr H. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_, qui a notamment relevé qu'« à l'examen clinique, on note actuellement une nuque de bonne mobilité dont la mobilisation est tout au plus légèrement sensible dans les mouvements de rotation. La pression du chef supérieur du trapèze droit ainsi que de la musculature paracervicale droite reste un peu sensible, mais il n'y a plus de contracture significative. Les insertions tendineuses au niveau de l'épaule et du coude droits sont également légèrement sensibles, sans plus. Le status neurologique proprement dit est entièrement normal, notamment sans évidence d'atteinte radiculaire ou médullaire au niveau du membre supérieur droit. Lorsqu'on compare le présent bilan à celui de 2010 et 2012, on note indubitablement une amélioration de la situation même si la patiente mentionne des plaintes persistantes » (dossier AI pce p. 226 à 234). - Le rapport médical du 16 novembre 2015 du Dr M. \_\_\_\_\_, qui a retenu, avec le Dr H. \_\_\_\_\_, que les problèmes de santé de sa patiente avaient pour origine l'accident du 1er juillet 2010 et que leur persistance au-delà de 2 à 3 ans après cet accident était très probablement liée à des facteurs étrangers et/ou à des prédispositions personnelles (rapport ne figurant pas au dossier de l'autorité intimée mais résumé par la recourante dans son écriture de recours en p. 9) b) aa) Il ne fait aucun doute que les rapports d'expertise versés au dossier, à savoir les rapports et complément d'expertise neurologique des 18 mars 2011, 11 septembre 2012, 28 janvier 2014 et 11 septembre 2015 du Dr H. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_, le rapport d'expertise neurologique du 12 juillet 2014 du Dr D. \_\_\_\_\_ et le rapport d'expertise psychiatrique du 17 septembre 2013 du Dr O. \_\_\_\_\_ respectent les exigences générales de la jurisprudence en matière d'expertise (cf. supra 2d): ils se fondent en effet sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que les médecins aient personnellement reçu la

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 recourante. Ils prennent également en considération les plaintes exprimées par la patiente et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des médecins sont dûment motivées. La qualité desdites expertises a d'ailleurs été mise en avant par le Dr N. \_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 10 avril 2013. Les expertises précitées remplissent par ailleurs les conditions de la récente jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Appelés à se prononcer sur une pathologie assimilée par la jurisprudence à la fibromyalgie et autres syndromes sans étiologie claire et sans constat de déficit organique (cf. la prise de position du 10 avril 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_), les experts

ne sont en effet manifestement pas partis de la présomption révolue selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. supra 3c), mais ont chacun dans leur domaine de compétence respectif examiné les limitations fonctionnelles et la capacité de l'assurée. Au demeurant, dans ses différentes expertises, le Dr H. \_\_\_\_\_, mandaté par l'assureur- accidents, n'a jamais restreint son champ d'investigation à la question propre à l'assurance- accidents de la causalité adéquate entre l'accident du 1er juillet 2010 et les atteintes à la santé. Tout au contraire, il a à chaque reprise examiné la capacité de travail de l'assurée et pris des conclusions à cet égard. Quant au rapport d'expertise neurologique du Dr D. \_\_\_\_\_, il est limpide dans ses conclusions. Il a en effet expressément conclu à l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans toute activité. Son texte ne prête pas le flanc au doute. La suggestion faite en fin de rapport de procéder à une évaluation multidisciplinaire ne vaut que pour l'avenir, eu égard au risque de voir la symptomatologie présentée par l'assurée glisser vers un syndrome douloureux chronique. Il ne s'agit là manifestement que d'une suggestion préventive, n'ayant aucune incidence sur les conclusions univoques relatives à l'exigibilité actuelle. Par conséquent, il convient d'accorder pleine valeur probante et d'accorder foi aux conclusions des trois expertises neurologiques et de l'expertise complémentaire de type enquête ménagère du Dr H. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_, ainsi que de l'expertise neurologique du Dr D. \_\_\_\_\_, de R. \_\_\_\_\_, et de l'expertise psychiatrique du Dr O. \_\_\_\_\_, toutes convaincantes et concordantes. Il n'y a pas lieu de donner préséance aux conclusions des Drs J. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, au plan physique, ou du Dr F. \_\_\_\_\_, au plan psychique. Tout d'abord, ces rapports sont par trop succincts, voire dénués de toute motivation. Ensuite, s'agissant de la Dresse J. \_\_\_\_\_, elle n'est pas spécialisée en neurologie (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance-invalidité, cf. l'arrêt TF 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 et les références citées). Le Dr M. \_\_\_\_\_ a pour sa part conclu à une capacité résiduelle de 50% au moins comme femme au foyer, ce qui n'est pas incompatible avec les conclusions des expertises, et a précisé que l'assurée était apte à effectuer un travail assis, plutôt intellectuel, interrompu, avec des changements de positions, accompagné de traitements physiques passifs et actifs. Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, il n'est pas spécialisé en psychiatrie et psychothérapie et il n'a pas indiqué de cotation CIM-10 ni mentionné de symptomatologie psychiatrique, ainsi que l'a noté le Dr O. \_\_\_\_\_; les conclusions de ce dernier ont au demeurant été confirmées par le Dr K. \_\_\_\_\_ et les tests neuropsychologiques réalisés. Enfin, il sied de tenir compte du fait qu'un médecin traitant est généralement enclin, dans le doute, à prendre position en faveur de son patient (cf. supra 3g).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 S'agissant de l'enquête ménagère, il faut noter, avec l'autorité intimée, que les taux relevés par la recourante dans son écriture de recours représentent uniquement une fourchette de pondération par poste et ne correspondent pas aux taux d'incapacité concrètement retenus pour la recourante. bb) Cela étant, force est de constater que, dans la décision litigieuse, l'autorité intimée est partie du principe – erroné – que les conclusions de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ étaient valables depuis l'accident déjà, ce qui ne peut manifestement pas être déduit de ladite expertise. Elle s'est bornée à examiner l'état de santé de la recourante au jour de cette décision et lui a ainsi refusé le droit à une rente, sans examiner ce qu'il en était pour la période allant de l'accident du 1er juillet 2010 au jour de ladite décision. Cet examen doit dès lors être effectué céans. En se fondant sur les expertises précitées et sur le rapport médical de la Dresse G. \_\_\_\_\_ pour

la période précédant la première expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, la Cour de céans retient que la recourante a présenté une incapacité dans l'activité de femme au foyer de – tout au plus – 60% depuis le 21 décembre 2010 (certificat médical intermédiaire du 12 janvier 2011 de la Dresse G. \_\_\_\_\_), de 30% dès le 16 février 2011 (date de la première expertise du Dr H. \_\_\_\_\_; cf. son rapport du 18 mars 2011 et celui du 11 septembre 2012), de 8.93% dès le

#### **E. 10**

septembre 2013 (date de l'expertise complémentaire du Dr H. \_\_\_\_\_; cf. son rapport du 28 janvier 2014) et de 0% à compter du 17 février 2014 (date de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_; cf. son rapport du 12 juillet 2014). L'évolution favorable de l'état de santé de l'assurée a d'ailleurs régulièrement été constatée par les médecins sollicités. L'assurée n'a dès lors pas présenté une incapacité dans ses activités ménagères d'au moins 40 % en moyenne durant une année (35% en moyenne sur l'année débutant le 21 décembre 2010 [60% du 21 décembre 2010 au 15 février 2011 puis 30% du 16 février au 21 décembre 2011]) sans interruption notable, ainsi que l'exige l'art. 28 al. 1 let. b LAI. De plus, l'assurée ne peut prétendre à une rente avant le 1er mars 2013 (19 septembre 2012 + 6 mois), en application de l'art. 29 al. 1 LAI; or, elle n'a plus atteint le 40% d'incapacité requis par l'art. 28 al. 2 LAI depuis cette date. cc) C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé d'octroyer une rente de l'assurance-invalidité à la recourante. dd) Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise multidisciplinaire ou à une nouvelle enquête ménagère, ainsi que l'a sollicité la recourante; la jurisprudence admet un tel procédé (appréciation anticipée des preuves, cf. supra 2h). Dans la mesure où toutes les pièces médicales sur lesquelles s'appuie la recourante (cf. recours p. 12 ss) figurent au dossier de l'autorité intimée, il n'est pas nécessaire non plus d'exiger de la C. \_\_\_\_\_ SA la production de son dossier. Dans le même sens, la demande d'audition personnelle de la recourante doit être rejetée. Ladite demande, à la lecture de son libellé (cf. ses contre-observations du 19 septembre 2016, dans lesquels elle demande à être entendue afin de pouvoir s'exprimer sur les limitations et ses choix de carrière), a manifestement été faite à titre d'instruction et ne visait donc pas la tenue de débats publics. ee) Au regard des circonstances particulières du cas d'espèce, en particulier du fait que la recourante n'a quasiment jamais exercé d'activité lucrative alors que le cadet de ses enfants est

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 à ce jour âgé de 8 ans, n'a jamais exercé l'activité de chimiste pour laquelle elle dispose d'une formation complète et est mère au foyer depuis 1999, c'est bien la méthode spécifique qui devait lui être appliquée. En tout état de cause, l'application de la méthode spécifique apparaît en l'occurrence favorable à la recourante. En effet, en tous les cas depuis le 1er mars 2013, les médecins sollicités ont toujours considéré que l'exercice d'une activité lucrative légère ou moyennement lourde était exigible à plein temps et sans diminution de rendement de l'assurée. Or, l'activité de chimiste, pour laquelle elle dispose d'une formation complète, n'est manifestement pas une activité lourde. Par ailleurs, dans la mesure où elle n'a jamais travaillé en dehors de son foyer, une légion d'activités de substitution légères et moyennement lourdes pouvait être pratiquée par la recourante, dont celle de psychologue une fois sa formation par correspondance achevée. 5. a) Partant, le recours doit être rejeté. b) Les frais de justice,

fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. c) 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 procédure, par 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 22 août 2017/who Président Greffier-stagiaire

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