

FR_GERICHTE 608 2017 113 vom 22. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_113

FR: FR_GERICHTE 608 2017 113 du 22 novembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2017 113 del 22 novembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). b) La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible – que la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Toutefois, si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et les références). C'est pourquoi si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références). En ce qui concerne le revenu d'invalidité, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. c) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 3

a) 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982 p. 36). b) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10

E. 4

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de la recourante et, particulièrement, sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si son état de santé s'est ou non modifié au point de devoir améliorer sa capacité de gain. Initialement, les médecins de F. _____ qui suivaient la recourante depuis 2007, en particulier le Dr G. _____ et le Dr H. _____, tous deux spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, considéraient que leur patiente était en mesure d'exercer une activité adaptée à un taux de 70-80% (dossier OAI, p. 122). Cependant, à l'époque, les deux médecins ont été régulièrement amenés à réaliser des opérations des deux hanches. Cela amène la Dresse I. _____, spécialiste FMH en médecine du travail, à considérer l'assurée comme totalement incapable de travailler en raison de ces interventions (dossier OAI, p. 321 et 373). C'est ce qui conduit l'OAI à reconnaître à la recourante le droit à une rente entière depuis le 1er février 2007 (dossier OAI, p. 304 et 313). Par la suite, les médecins relèvent la persistance des plaintes douloureuses de leur patiente, tant du côté droit que du côté gauche (dossier OAI, p. 260, 278ss, 300, 333ss). Ils ne donnent cependant pas d'information s'agissant de la capacité de travail. Sur conseil de la Dresse I. _____ qui a relevé cette problématique, l'OAI a dès lors diligenté une expertise auprès du Dr C. _____. Dans son rapport du 29 mars 2010, celui-ci a diagnostiqué un "conflit fémoro-acétabulaire bilatéral sur status après correction chirurgicale à droite en 2007". Il a fait état de sa perplexité quant à l'importance du syndrome douloureux présenté, estimant peu vraisemblable que l'assurée souffre d'un trouble somatoforme. Selon lui, il ne faisait "aucun doute qu'aucune activité, même adaptée, n'[était] exigible de cette jeune femme". En particulier, il a relevé qu'elle ne pouvait pas maintenir longtemps une attitude posturale, qu'elle devait fréquemment se coucher et se reposer et qu'elle se déplaçait très difficilement. Enfin, il a conclu à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire en cas d'échec des mesures thérapeutiques alors proposées par les médecins traitants (dossier OAI, p. 247). Suite à cette expertise, l'OAI a maintenu la rente entière octroyée à son assurée par communication du 30 mars 2010 (dossier OAI, p. 244). Cette communication constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente.

E. 5

Il convient ainsi d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis lors comme le soutient l'autorité intimée dans sa décision du 12 avril 2017 ici litigieuse. La Cour retient d'emblée que la recourante ne souffre d'aucune problématique psychique invalidante, ses plaintes étant exclusivement d'ordre somatique. Sur cette question, l'expertise du Dr E. _____ est sans équivoque et les conclusions de l'expert-psychiatre ne sont pas contestées (dossier OAI, p. 115). On constate au demeurant que la recourante n'est ni suivie par un psychiatre ni au bénéfice d'un traitement médicamenteux d'ordre psychiatrique. La problématique est exclusivement somatique. a) Dans son rapport d'expertise du 20 décembre 2016, le Dr D. _____ fait état de trois diagnostics invalidants, soit des "douleurs persistantes des deux hanches", un "status après conflit

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 fémoro-acétabulaire type Pincer sur coxa-profunda bilatérale, traité chirurgicalement" et une "coxarthrose débutante à gauche". Il retient que les anciens métiers exercés par la recourante ne sont plus adaptés à son état de santé, seul un travail sédentaire, avec alternance des positions et ne nécessitant que de courts déplacements à plat étant exigible. Selon lui, une telle activité pouvait être exercée depuis juin 2012 – soit trois mois après la dernière opération – à un taux de 50%. Cette diminution

de 50% est justifiée par les douleurs et la nécessité de changer régulièrement de position. Pour rédiger son rapport, l'expert s'est fondé sur le dossier assécurologique, les documents radiologiques amenés par l'assurée ainsi que de nouvelles imageries médicales qu'il a réalisées. Lors d'un entretien d'une heure et demie, l'expert a également eu l'occasion de procéder à l'examen médical de la recourante. Pour sa part, cette dernière a été en mesure de décrire ses douleurs – localisées au pli de l'aîne des deux côtés – et ses limitations – par exemple dans les déplacements ou en cas de situation statique prolongée, tant assise que debout – à l'expert, lequel les a dûment prises en compte. Ce dernier a procédé à une analyse claire et circonstanciée de la situation médicale. L'expert a procédé à une étude détaillée des points litigieux et a bien motivé ses conclusions. Ainsi, s'agissant notamment de la capacité de travail d'une assurée n'ayant plus travaillé depuis l'année 2000, il relève que "l'incapacité de travail de [la recourante] est due à son appréciation subjective de la symptomatologie douloureuse [...]. Ce sont surtout les conditions psychosociales et le handicap ressenti par le patient [sic] qui sont déterminants dans l'évaluation de la reprise d'une activité professionnelle [d']avantage que les lésions anatomo-structurelles objectivables". A son avis, les problèmes de hanche "font qu'elle ne peut exercer qu'une activité parfaitement adaptée [...]". Dès lors que le rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. L'autorité intimée était en droit de se baser sur cette analyse pour conclure à une amélioration de l'état de santé de la recourante. b) Reste à examiner si, comme le prétend la recourante, l'expert a uniquement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée globalement inchangée. A titre liminaire, la Cour retient que les troubles d'ordre neurologique nouvellement diagnostiqués ne sauraient attester d'une péjoration de son état de santé. Force est de constater que ceux-ci – pour l'essentiel une dyslexie développementale – étaient déjà présents durant l'enfance. Quant à l'augmentation des troubles attentionnels évoquée par le neurologue qui cite la recourante, celle-ci s'est faite de manière imperceptible durant ces dernières années (cf. dossier OAI, p. 46ss). Cela étant, l'évolution de l'état de santé a fait l'objet de questions spécifiques au Dr D._____. Celui-ci a expressément constaté que "l'état de santé de [la recourante] s'est amélioré". Selon lui, "lors de l'expertise effectuée par le Dr C._____, en mars 2010, il décrit que l'assurée avait des douleurs insupportables au cours de la journée. Les douleurs étaient présentes la nuit et elles étaient aggravées pour toutes les attitudes posturales prolongées même en position couchée. En 2011 et 2012, elle a été opérée à la hanche gauche avec une amélioration partielle de sa symptomatologie douloureuse. Elle n'a plus de douleurs couchée". Dans son expertise, le Dr D._____ explique ainsi les motifs l'ayant conduit à s'éloigner des conclusions du Dr C._____, soit une diminution globale des douleurs.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 La comparaison des expertises permet effectivement de constater l'existence d'une amélioration. Par exemple, au Dr C._____, la recourante se plaignait que les douleurs devenaient "insupportables en cours de journée obligeant l'assurée à se coucher ou se reposer[,] elles [étaient] aussi présentes la nuit, car elles [étaient] aggravées par toutes les attitudes posturales prolongées". Par contre, au Dr D._____, la recourante indique que "les douleurs sont d'intensité variable allant de 3 à 5 sur une échelle de 10 à l'échelle visuelle. Elle n'a pas de douleurs lorsqu'elle est couchée". Sur le plan des plaintes, la situation est donc passée de douleurs insupportables dans toutes les positions à des douleurs moyennes dans les positions assises ou debout. On peut aussi constater que s'agissant de l'examen des membres inférieurs, le Dr C._____ affirmait que "la démarche s'effectu[ait] de façon très précautionneuse, à petits pas, avec une boiterie

de Duchenne bilatérale". En 2016, le Dr D. _____ constate certes l'existence d'une forte "boiterie de Duchenne bilatérale", mais que l'assurée se déplace désormais "en charge complète". En comparaison avec la précédente expertise, la mobilité articulaire des hanches présente des valeurs plus élevées tant en flexion/extension qu'en abduction/adduction et en rotation. La comparaison des constats médicaux permet ainsi de confirmer que l'évaluation du Dr D. _____ ne constitue pas, comme le prétend la recourante, une appréciation différente d'une situation inchangée depuis l'expertise du Dr C. _____. L'avis du Dr H. _____, médecin traitant, ne met pas en cause ce constat. On le rappelle, suite aux opérations effectuées en 2011 et 2012, le médecin retient l'existence d'une amélioration des douleurs du côté gauche ("einer gewissen Besserung"); il changera toutefois rapidement de discours et soutiendra que les opérations effectuées n'ont pas sensiblement modifié les plaintes (les opérations de ces deux dernières années "haben nicht zu einer wesentlichen Beschwerdeänderung geführt"). Dans ses rapports les plus récents, il indique ainsi que "die Situation der Beschwerden ist stabil. D.h. es hat weder eine Besserung noch Verschlechterung stattgefunden" (dossier OAI, p. 78, 112, 194, 218 et 233; cf. ég. p. 226 et 228). Certes, le médecin atteste de l'absence de modification dans l'état de santé. On ne saurait cependant ignorer que son évaluation se base presque entièrement sur les plaintes de sa patiente, alors même qu'il admet ignorer les raisons objectives à la persistance des douleurs. En outre, on peut rappeler que, selon la jurisprudence constante, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références). A cet égard, on peut relever que le Dr C. _____ avait déjà considéré que les rapports du médecin traitant ne faisaient que relayer les dires de la recourante. L'avis du Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, est, pour sa part, uniquement fondé sur les rapports du Dr H. _____. Il ne saurait convaincre. Dans de telles circonstances, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée du Dr D. _____. c) De l'ensemble des éléments qui précèdent, on peut en déduire que l'atteinte à la santé s'est améliorée au point de ne plus justifier le versement d'une rente entière, la capacité de travail de la recourante étant désormais de 50% dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10

E. 6

La recourante requiert que le salaire d'invalidé (CHF 27'004.10) soit réduit de 15% afin de prendre en compte ses limitations ainsi que le fait qu'elle ne peut occuper qu'un poste à mi-temps. Toutefois, les limitations fonctionnelles sont justement prises en compte par la réduction de 50% du salaire statistique. En outre, la lecture de l'expertise du Dr D. _____ montre que l'activité retenue se rapporte à une activité professionnelle exercée à plein temps, l'expert faisant implicitement état d'une diminution du rendement liée à la douleur et aux changements de positions (cf. ég. arrêt TF 9C_34/2016 du 14 septembre 2016 consid. 3.1). Enfin, l'on peut rappeler que, selon une jurisprudence qui n'a, à ce jour, pas été encore mise en cause, le critère d'un taux d'occupation réduit ne revêt que peu d'importance dans le cas des femmes employées à temps partiel (arrêt TF 8C_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2.2; cf. ég. 8C_878/2014 du 27 janvier 2015 consid. 5.2.5). La Cour peut donc se rattacher au revenu d'invalidé (CHF 27'004.10) et au degré d'invalidité de 52% découlant de sa comparaison avec le revenu de valide (CHF 56'811.60), lequel n'a pas été contesté. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a réduit les prestations versées et remplacé la rente entière versée jusqu'alors par une demi-rente.

E. 7

Ceci dit, à la lecture du présent dossier, la Cour constate qu'aucune suite n'a formellement été donnée à la requête d'allocation pour impotent déposée le 28 février 2007. La recourante y faisait pourtant état de son besoin à une aide régulière d'un tiers dans plusieurs actes ordinaires de la vie tels que se vêtir, se laver et se déplacer (dossier OAI, p. 416). Par la suite, elle a également indiqué à plusieurs reprises avoir engagé de l'aide pour ses tâches quotidiennes (dossier OAI, p. 201, 235, 293ss, 411). Dans le recours devant l'instance céans, elle rappelle même avoir besoin d'aide pour se déplacer ainsi que pour entretenir des contacts sociaux et précise avoir engagé une femme de ménage pour l'aider dans ses tâches quotidiennes (cf. not. n° 39 p. 11). Or, alors même que certaines mesures d'instruction avaient été diligentées en 2007 – les médecins ayant notamment été explicitement interrogés à ce sujet (dossier OAI, p. 271, 300, 321, 356) – aucune décision formelle n'a encore été rendue à ce sujet. Quand bien même la recourante ne lui en a manifestement pas encore tenu rigueur, il appartiendra à l'OAI de combler rapidement cette lacune.

E. 8

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision contestée confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont toutefois compensés avec l'avance effectuée par cette dernière du même montant. Il n'est pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais effectuée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 22 novembre 2017/pte Président Greffier

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