

FR_GERICHTE 608 2017 115 vom 29. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_115

FR: FR_GERICHTE 608 2017 115 du 29 août 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 115 del 29 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales par un mandataire dûment autorisé auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 2

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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 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 maladif, 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.). 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 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 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.

E. 2.2

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 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).

E. 3

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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%

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 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).

E. 3.1

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).

E. 3.2

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 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 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). 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. À 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16

E. 3.3

Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 4

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités).

E. 5

Est en l'espèce litigieuse la question du droit du recourant à une rente d'invalidité et en particulier de la capacité de travail de celui-ci, laquelle relève d'une appréciation médicale

de sa situation, tant sous l'angle physique que psychique.

E. 5.1

S'agissant de la santé physique, dans le rapport d'expertise bidisciplinaire rhumatologie/psychiatrie du 13 septembre 2016 établi par le CEMED (dossier AI p. 80), le Prof. F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pose les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: - status après cure à deux reprises (avril et octobre 2010) d'une hernie L4-L5 foraminale droite; - cicatrice péri-radriculaire L4-L5 droite; - discopathie L4-L5; - canal étroit constitutionnel L3, L4 et L5; - arthrose acromio-claviculaire gauche depuis avril 2013. Il mentionne également un épanchement du genou traité par arthroscopie durant l'enfance, sans récurrence et sans répercussion sur la capacité de travail. Se fondant sur son propre examen et une discussion détaillée des rapports médicaux figurant au dossier, il admet que les douleurs lombaires persistantes à la suite des traitements chirurgicaux, ainsi que la discopathie et le canal étroit constitutionnel contre-indiquent l'activité professionnelle de chauffeur de taxi, qui impose de longues heures de station assise en voiture, sans possibilité de changer de position ou de se lever. Il retient par contre qu'en tenant compte de ses limitations

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 fonctionnelles, la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée. Tel serait le cas d'un travail sans port de charge (5 kg) avec changements de position possibles (assis-debout), sans gestes forcés en flexion ou en rotation du tronc et sans déplacement sur des échelles, une telle capacité de travail étant exigible depuis le 11 avril 2011, soit six mois après la deuxième intervention chirurgicale. Cette conclusion est notamment expliquée comme suit (p. 29): « le statut cicatriciel après les deux interventions chirurgicales explique les douleurs lombaires de surcharge qui se traduisent par des gênes aux efforts ou lors de longues positions fixes sans possibilité de mobilisation; par contre le statut cicatriciel n'explique pas le status incapacitant complet que présente le patient ». Ces constats et appréciations peuvent être confirmés à la lumière des autres éléments figurant au dossier, notamment les rapports des médecins suivants: - Dresse G. _____, spécialiste en rhumatologie, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité: rapport d'examen rhumatologique du 5 décembre 2011 (dossier AI p. 604) posant lui aussi, après une anamnèse complète et une analyse des documents médicaux disponibles, les diagnostics suivants influençant la capacité de travail: lombosciatologies type L4-L5 droites discrètement déficitaires dans le cadre de troubles dégénératifs et double status post- microdissectomie L4-L5 droite pour hernie discale et récurrence de hernie discale extra-foraminale L4-L5 droite. Ce rapport, relevant par ailleurs une série de diagnostics sans influence sur la capacité de travail et posant la question de l'existence d'un syndrome neuropathique, constate en particulier l'absence d'explication claire d'une symptomatologie décrite comme extrêmement algique et une discordance entre les plaintes et les signes cliniques objectifs. Il recommande pour cette raison une évaluation pluridisciplinaire orthopédique/neurologique/psychiatrique. Sous l'angle rhumatologique, il va quoi qu'il en soit dans le droit sens des constats opérés par la suite notamment dans l'expertise précitée du 13 septembre 2016. En effet, l'auteur de celle-ci s'inscrit dans la même ligne lorsqu'il mentionne (p. 29) qu'à part le syndrome algique qui limite tous les mouvements, l'examen clinique confirmé par l'examen IRM et EMG ne démontre aucun déficit. - Dr H. _____, médecin auprès du Département de chirurgie de D. _____: rapport d'expertise du 29 octobre 2013 (dossier AI p. 413), comprenant notamment une

anamnèse complète et une analyse détaillée des documents médicaux disponibles à cette date et faisant état de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail compatibles avec ceux de l'expertise ultérieure du 13 septembre 2016: lombosciatalgie L4/L5 droite secondaire à un rétrécissement foraminal homolatéral sur insuffisance discale L4/L5 secondaire d'un trouble discal et arthrose postérieure créant un conflit avec la racine L4/L5 à son origine; rétrécissement canalaire modéré en L3-L4 d'origine multifactorielle; status post- microdiscectomie L4/L5 droite pour une hernie discale et une récurrence de hernie discale droite. Ce rapport, qui se réfère en p. 16 à l'existence d'un syndrome douloureux chronique évolutif, fait ressortir une capacité de travail nulle dans son activité de chauffeur de taxi. S'agissant d'une activité adaptée, il n'est par contre pas clair. Son auteur affirme en effet d'une part que le recourant n'est plus capable d'assumer tout travail en raison de ses lombalgies associées à une probable dépression – insistant à cet égard sur le constat que les douleurs subies ne peuvent pas être uniquement attribuées à une composante organique – et d'autre part qu'il est difficile de se prononcer sur le type d'activité qui pourrait être exercé. Il en résulte que ce rapport,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 moins clair que celui de l'expertise du 13 septembre 2016 ne permet pas de remettre en cause les conclusions de celles-ci sous l'angle purement somatique. Cela est confirmé par l'opinion du SMR dans son rapport du 13 novembre 2013 (dossier AI p. 404) qui conclut à l'absence de valeur probante de l'expertise du 29 octobre 2013. - Dr I. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie: rapport d'expertise du 5 mai 2014 (dossier AI p. 302), comprenant lui aussi une anamnèse complète et faisant également état de diagnostics liés aux douleurs lombaires – relevant notamment une récurrence de hernie discale L4-L5 – en y ajoutant des gonalgies et des omalgies en lien avec celles-ci. Ce rapport, qui se réfère par ailleurs à une dysthymie et à un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), fait ressortir une incapacité de travail totale dans la profession de chauffeur de taxi, mais une pleine capacité dans une activité légère avec possibilités de changements de position. En cela, ses conclusions sont proches de celles de l'expertise du 13 septembre 2016. A la différence de celle-ci, il peut être noté que le rapport d'expertise du 5 mai 2014 conclut à une telle capacité de travail seulement à compter du 5 novembre 2014, soit six mois après la date du rapport. A cet égard, il doit être constaté que la situation somatique est restée en l'espèce plus ou moins stable suite à la double opération d'une hernie discale en 2010. Dans ces circonstances, c'est plutôt la date retenue par l'expertise du 13 septembre 2016, prenant en considération un délai de six mois à partir de la deuxième intervention, qui sera retenue (voir également rapport du SMR du 23 mars 2017, dossier AI p. 23). - Dr J. _____, spécialiste en chiropratique, médecin traitant rapport du 18 juillet 2011 (dossier AI p. 642), mentionnant des douleurs décrites comme importantes au niveau de la jambe droite sous forme de brûlures, de lancées électriques accompagnées de sensibilité au toucher et au froid, ainsi que des douleurs lombaires très intenses bloquant le recourant et l'empêchant de se redresser complètement. Ce rapport fait état d'une mobilité lombaire douloureuse et limitée dans tous les plans, particulièrement avec l'extension, de troubles statiques et de faiblesses de la musculature lombo-pelvienne et abdominales associées à des contractures de la musculature érectrice lombaire et de musculature fessière. Se référant à un traitement de relâchement musculaire, de renforcement musculaire et de mobilisation articulaire, il précise que les limitations constatées sont une alternance positionnelle par 30 minutes, un port de charge limité à 3 kg et un déplacement avec cannes. Les conclusions de ce rapport ont notamment conduit (voir rapport du SMR du 17 août 2011, dossier AI p. 635) à l'examen rhumatologique du 5 décembre 2011, puis aux trois

expertises successives précitées. Tout en relevant encore une fois que le chiropraticien traitant ne prend lui non plus pas en compte les composantes non somatiques à l'origine des douleurs, on peut constater que le rapport d'expertise du 13 septembre 2016 ne s'éloigne pas diamétralement de son avis en retenant que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée sans port de charge (5 kg), avec changement de positions possible (assis-debout), sans gestes forcés en flexion ou en rotation du tronc et sans déplacement sur des échelles. - Dresse K. _____, spécialiste en anesthésiologie et réanimation, cabinet d'antalgie à Fribourg Rapport du 3 septembre 2011 (dossier AI p. 624), faisant état de douleurs mécaniques lombaires et de douleurs neuropathiques lombaires, persistantes depuis 2010 et attestant à ce

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 moment (« actuellement ») une incapacité de travail à 100% dans l'activité de chauffeur de taxi comme dans celle d'employé de commerce. L'auteur de ce rapport, établi sur un formulaire de l'assurance-invalidité, précise que celui-ci est difficile à remplir, des progrès étant en cours en lien avec les différentes thérapies. - Dr L. _____, spécialiste en neurochirurgie, médecin traitant rapports du 7 décembre 2010 (dossier AI p. 713), du 1er février 2011 (dossier AI p. 715), du 18 juin 2011 (dossier AI p. 648), du 19 juillet 2011 (dossier AI p. 638) établis à la suite de la deuxième opération concernant la hernie L4-L5, faisant état d'une mauvaise évolution, puis d'une discrète amélioration des douleurs lombaires et crurales, toutefois insuffisante pour envisager alors une quelconque reprise du travail. rapports du 16 janvier 2012 et du 23 janvier 2012 (dossier AI p. 572 et 570), se référant à un rapport d'IRM du 3 janvier 2012 du Dr M. _____, spécialiste en neuroradiologie (dossier AI p. 591), celui-ci faisant état, à l'étage L4-L5, d'une discopathie marquée, avec perte en eau et protéoglycane des noyaux et dédifférenciation entre le noyau et l'anneau, ainsi que d'une volumineuse récurrence de hernie discale intra- et extra-foraminale droite, avec une compression dural par une composante médiane, dans un contexte d'un canal constitutionnellement étroit. rapport du 22 avril 2014 (dossier AI p. 320) se référant à une nouvelle IRM montrant une aggravation de la discopathie L4-L5 avec réaction inflammatoire, discopathie érosive, sténose du canal lombaire étroit. rapports du 12 avril 2016 et du 11 octobre 2016 (dossier AI p. 59 et 60), posant en particulier le diagnostic d'une sténose sévère au niveau L4-L5 droit, avec des douleurs neuropathiques du membre inférieur droit, suspectant par ailleurs une récurrence de hernie discale. Les rapports établis entre décembre 2010 et juillet 2011 sont focalisés sur les douleurs déjà alléguées par le recourant à ce moment-là, sans examen approfondi de leur origine. Dans ce sens, ils ne remettent en particulier pas en cause le rapport d'expertise établi en 2016 qui prend lui aussi en considération l'existence de douleurs, tout en niant que leur importance puisse être justifiée par les atteintes somatiques constatées. Les rapports du neurochirurgien traitant en lien avec le rapport du neuroradiologue de 2012, contrairement à l'avis du médecin généraliste traitant (voir ci-dessous), sont plus mesurés et indiquent qu'il est difficile de savoir s'il s'agit de douleurs neuropathiques avec une composante nociceptive. Dans un premier temps, il affirme toutefois qu'il faut procéder à une nouvelle intervention chirurgicale, le cercle douloureux ne pouvant être rompu par un traitement conservateur. Cette recommandation est du reste partagée par les Dr N. _____ et O. _____, médecins auprès de la clinique de neurochirurgie de P. _____, consultés pour un deuxième avis (rapport du 20 février 2012, dossier AI p. 557). En 2014, le neurochirurgien traitant retient que, même si le radiologue semble penser qu'il existe une récurrence de hernie discale extraforaminale à droite, il existe surtout beaucoup de fibrose. Dans ces conditions, il n'y a alors selon lui aucune indication opératoire formelle, en

l'absence de progression d'un déficit, d'autant moins que l'intervention de spondylodèse avec pose de vis est lourde et ne permet pas de garantir plus de 60% à 70% de résultat favorable, un tel résultat ne signifiant en outre pas qu'il n'y a plus de douleur. Enfin, en 2016, le neurochirurgien fait état de la possibilité d'une opération avec des chances de succès moyennement bonnes. Se basant sur le diagnostic de sténose au niveau L4-L5, cette intervention consisterait en une décompression assortie d'une mise en place d'une spondylodèse. Cette opération pourrait être suivie dans une deuxième étape par la mise en

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 place d'un neurostimulateur. Le neurochirurgien conteste par ailleurs la conclusion de l'expertise du 13 septembre 2016 qui retient quant à elle à un status purement cicatriciel au niveau L4-L5, rendant inutile une nouvelle intervention. Cette divergence d'appréciation du médecin traitant ne suffit toutefois pas pour remettre en question le constat posé par l'expert à cette même période. Cela est d'autant moins le cas que, dans son rapport de 2016, le neurochirurgien relève également d'emblée qu'il n'est certes pas compétent sur les problèmes psychiatriques évoqués par le psychiatre, mais qu'il est clair qu'il existe certainement une souffrance psychique importante qui peut majorer les douleurs d'origine somatique. - Dr Q. _____, spécialiste en anesthésiologie et soins intensifs rapport du 2 décembre 2014 (dossier AI p. 240) faisant état de lombalgies irradiant dans le membre inférieur droit, depuis une chirurgie rachidienne au niveau L4-L5. Ce rapport, tout en constatant qu'il n'y a pas de solution interventionnelle au problème du recourant, fait également référence à un environnement compliqué par des difficultés conjugales et insiste sur l'idée qu'une prise en charge médicamenteuse et surtout psychiatrique s'impose avant tout, ajoutant que le recourant présente un certain déconditionnement constituant un facteur défavorable, en particulier du point de vue des lombalgies. - Dr R. _____, médecin auprès du Service de neurochirurgie de S. _____ rapport du 13 mai 2015 (dossier AI p. 171) faisant état d'un « Failed back syndrome surgery » et de lombalgies chroniques droites associées à des douleurs importantes au niveau de la cuisse. Ce rapport mentionne une décision à prendre ultérieurement sur la suite de la prise en charge (voir également à cet égard rapport du 25 août 2015 de Dr T. _____, également médecin auprès du Service de neurochirurgie de S. _____). - Dr U. _____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant rapport du 10 février 2011 (dossier AI p. 696), établi à la suite de la deuxième opération concernant la hernie L4-L5, faisant état de « lancées » douloureuses et de « brûlures » en position debout ou assise, plus particulièrement de limitations liées à des douleurs fulgurantes du membre inférieur droit rendant impossible l'exercice de l'activité de chauffeur de taxi. rapport du 17 janvier 2012 (dossier AI p. 591), faisant référence au rapport précité du 3 janvier 2012 du Dr M. _____, spécialiste en neuroradiologie (dossier AI p. 591). Comme les rapports du neurochirurgien traitant établi à ce moment-là, le rapport établi en 2011 est focalisé sur les douleurs déjà alléguées par le recourant à ce moment-là, sans examen approfondi de l'origine des douleurs. Le rapport de 2012 se base quant à lui sur le constat de récurrence de hernie discale pour conclure que « les plaintes du recourant sont tout à fait justifiées, au vu des résultats de l'IRM constatés dans le rapport du 3 janvier 2012 ». Emanant du médecin généraliste traitant, cette simple affirmation ne saurait toutefois renverser l'opinion circonstanciée formulée dans l'expertise de 2016. - Dr V. _____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant rapport du 5 octobre 2016 (dossier AI p. 48) faisant état d'une incapacité de travail totale, avec de très nombreuses limitations. Ce rapport, émanant d'un médecin généraliste traitant et établi sur un simple formulaire, ne contient aucune argumentation relative aux limitations constatées. Il n'est ainsi lui non plus pas susceptible de remettre en question l'expertise établie à la

même période.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16

E. 5.2

Quant au plan psychiatrique, dans le rapport d'expertise bidisciplinaire rhumatologie/psychiatrie du 13 septembre 2016 établi par le CEMED (dossier AI p. 80), Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie exclut l'existence de toute maladie psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail, retenant uniquement la présence d'une dysthymie (F 34.1) depuis 2011 et d'une personnalité dépendante (F 60.7) depuis l'adolescence, sans répercussion sur la capacité de travail. Se fondant essentiellement sur son propre examen et sur l'anamnèse médicale, ce spécialiste retient des constats cliniques d'atteinte thymique au maximum légère, un mode de fonctionnement dépendant et une nature soucieuse (mais qui n'est pas décompensée). Ainsi, ni la nature des troubles, ni leur intensité ne sont incapacitantes sur le plan professionnel. Il ajoute qu'il existe effectivement une altération significative dans le fonctionnement au quotidien, mais que celle-ci est liée à la composante somatique et à un processus d'invalidation. Par contre, il n'y a pas d'atteinte touchant le fonctionnement cognitif. En particulier, la capacité de jugement du recourant et sa capacité à s'organiser restent parfaitement conservées, ainsi que ses capacités adaptatives. Il en va de même de la capacité à interagir avec autrui, même si l'expertisé se dit désormais très isolé. En conclusion, l'expert considère qu'il n'est pas justifié d'admettre une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Cette conclusion peut être confirmée au regard des autres éléments figurant au dossier, notamment les rapports des médecins suivants: - Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie/psychothérapie rapport d'expertise du 17 septembre 2013 (dossier AI p. 435), excluant lui aussi tout diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, retenant uniquement la présence d'une dysthymie (F 34.1), sans répercussion sur la capacité de travail. Ce rapport, fondé sur un examen clinique et une anamnèse complète, détaille en particulier de façon convaincante (p. 7) les raisons pour lesquelles le diagnostic de trouble dépressif récurrent doit être écarté. - Dr Y. _____, spécialiste en psychiatrie/psychothérapie rapport d'expertise du 30 mai 2014 (dossier AI p. 199), excluant également tout diagnostic psychiatrique influençant la capacité de travail, retenant uniquement un déconditionnement et les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux persistant avec traits de personnalité dépendants (F 45.40) et de dysthymie (F 34.1) et de troubles liés à l'utilisation de médicaments (F 11.1). Dans la mesure où ce rapport contient certaines appréciations à tout le moins malvenues, notamment s'agissant de la coupe de cheveux du recourant et de sa façon de bouger ses mains en parlant, sa force probante en est relativisée. Cela n'est toutefois pas déterminant, puisque cet expert rejoint très largement dans ses conclusions tant celles du rapport de l'expert X. _____ que celles de l'expertise du 13 septembre 2016. - Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie/psychothérapie, médecin traitant : nombreux rapports, notamment du 24 janvier 2012 (dossier AI p. 571), du 30 janvier 2012 (dossier AI p. 566), du 17 juillet 2013 (dossier AI p. 468), du 19 mars 2014 (dossier AI p. 370) Dans ces rapports, ce médecin traitant insiste sur la gravité des troubles psychiques dont souffre selon lui le recourant. Il pose notamment le diagnostic de trouble dépressif sévère récurrent/persistant (F 33.2) combiné avec l'atteinte physique liée à une hernie récidivante et conclut de façon constante à une incapacité de travail totale dans toute activité.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 S'agissant plus particulièrement du rapport du 19 mars 2014, adressé à l'OAI, il y a lieu de relever que son auteur s'y insurge contre le contenu du rapport d'expertise établi par le Dr X. _____, qui serait contraire à la réalité clinique, en insistant une nouvelle fois sur la gravité de l'état psychiatrique de son patient. Dans ce rapport, cosigné de façon surprenante par le recourant lui-même, le psychiatre traitant va même jusqu'à enjoindre l'OAI d'octroyer la rente requise, en ajoutant que son patient ne se rendrait pas au rendez-vous prévu pour une nouvelle expertise. En cela, ce médecin prend littéralement fait et cause pour son patient, ce qui réduit très fortement le caractère probant de ses appréciations, au-delà des simples réserves posées par la jurisprudence en lien avec la relation de confiance qui peut conduire le médecin traitant, en cas de doute, à prendre parti pour son patient. Dans ces conditions, l'avis du Dr Z. _____, doit céder le pas à celui des experts qui excluent de manière unanime tout diagnostic psychique ayant une influence sur la capacité de travail.

E. 5.3

La seule question qui se pose encore est donc uniquement celle de l'influence indirecte des troubles psychiques du recourant sur l'intensité des douleurs qu'il allègue et qui – selon ce qui a été vu ci-dessus (consid. 5.1) – ne s'explique pas par les atteintes à sa santé physique. Conformément aux principes posés désormais par la jurisprudence, il convient d'examiner si tel est le cas en se fondant sur une vision d'ensemble et un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, en prenant en compte en particulier 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, et les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. A ces égards, le dossier fait ressortir les éléments suivants: - concernant ses ressources personnelles, il ressort du rapport d'expertise psychiatrique du 13 septembre 2016 notamment que le recourant vit avec son épouse avec laquelle il s'est marié en 2001, que leur entente a traversé des périodes de mieux et de moins bien et serait actuellement dans une phase positive et qu'ils ont une fille née en 2001 qui suit une scolarité normale malgré le redoublement d'une année et avec lequel le recourant entretient une relation surinvestie. Globalement, sa vie familiale peut néanmoins être qualifiée de stable. Quant à ses activités, elles sont certes très réduites au quotidien. A cet égard, l'expert observe toutefois qu'il n'y a pas d'atteinte touchant le fonctionnement cognitif, le recourant conservant sa capacité de jugement et à s'organiser. Par ailleurs, sa capacité à interagir avec autrui reste elle aussi conservée, même s'il se dit désormais très isolé. L'altération du mode de vie est ainsi liée à la composante somatique et à un processus d'invalidation, plutôt qu'à un manque de ressources personnelles. - s'agissant de l'utilisation des offres thérapeutiques existantes, il résulte des éléments figurant au dossier que le recourant se voit prescrire des médicaments à effet antalgique et antidépresseur. Toutefois, selon le rapport d'expertise du 13 septembre 2016 (p. 30), s'agissant de l'antidépresseur, le dosage dans le sang était largement en-dessous de la marge thérapeutique lors de l'analyse effectuée, de telle sorte qu'il fallait en conclure que le recourant n'était pas compliant et ne prenait pas régulièrement sa médication. Les explications fournies dans le recours à cet égard, selon lesquelles le recourant avait renoncé à prendre ses médicaments avant son rendez-vous afin d'éviter leur effet de somnolence, ne sont guère convaincantes, d'autant moins que celui-ci a lui-même indiqué à l'expert (rapport, p. 20) qu'il avait pris le médicament en question la veille de l'expertise (16 juin

2016) à 22 heures et qu'au

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 moment du prélèvement (17 juin 2017 à 12 heures 20, dossier p. 115), il n'avait ainsi manqué selon ses déclarations que la prise de la tablette du matin même. - quant aux limitations alléguées, le rapport d'expertise du 13 septembre 2016 et plus généralement l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier font certes état de restrictions importantes dans la plupart des activités. Ainsi, selon ses déclarations, le recourant passe la plupart de ses journées allongé, se couche vers 23 heures et ne se lève que vers deux heures de l'après-midi, n'a pour seuls loisirs que la lecture et l'écoute de musique, n'a pas de vacances, participerait aux courses mais sans porter les choses lourdes, ne bricole pas et n'a pas d'activité sociale. A cet égard, on doit toutefois relever que le rapport d'expertise du 13 septembre 2016 fait ressortir que le recourant adopte une attitude très précautionneuse dans l'ensemble de ses mouvements (p. 23) et que, lors des épreuves de mobilisation, il montre même une résistance active musculaire, majorant les symptômes. Il adopte ainsi un comportement décrit comme modérément démonstratif avec un décalage entre les plaintes subjectives et les constats objectifs. - enfin, dans le sens qui a déjà été décrit ci-dessus, les rapports médicaux font état de facteurs extra-médicaux qui relèvent de l'auto-limitation. Entre autres, le rapport d'expertise rhumatologique constate une « attitude antalgique », un caractère « démonstratif lors de l'examen clinique » ainsi qu'une « majoration des symptômes ». Précisant qu'il n'y a toutefois pas « d'exagération des symptômes », le rapport d'expertise psychiatrique relève lui aussi « un côté démonstratif des symptômes ». Quoiqu'il en soit de l'intensité des symptômes, il résulte de ce qui précède que les douleurs du recourant dépendent pour l'essentiel de facteurs n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-invalidité. Il doit dès lors être confirmé qu'elles ne fondent pas une incapacité de gain totale au moment de la décision de refus de rente. Au contraire, la capacité de travail médico-théorique du recourant pouvait être fixée à ce moment, tant sur le plan physique que psychique, à 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, conformément au consensus de l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique du 13 septembre 2016. Il ressort ainsi de l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence que le recourant dispose de ressources suffisantes pour surmonter ses problèmes psychiques.

E. 5.4

Il convient encore de relever que, dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant insiste particulièrement sur l'affection dont il souffre à l'épaule gauche depuis « quelque temps ». Il reproche en particulier à l'OAI de ne pas avoir pris en compte ces troubles dans sa décision du 29 mars 2017. Selon la lettre de sortie rédigée le 26 mars 2017 par Dr AA._____, médecin auprès de la clinique de chirurgie orthopédique de AB._____ (bordereau du recours, pièce 3), le recourant est suivi depuis l'été 2016 en raison d'omalgies bilatérales dans un contexte d'arthrose acromio-claviculaire. Il a bénéficié de deux infiltrations, respectivement au mois de novembre 2016 et au mois de février 2017, ce qui a permis un soulagement transitoire. L'opération suivante a ensuite été réalisée le 21 mars 2017, sans suite particulière: arthroscopie diagnostique, ténotomie et ténodèse du long chef du biceps, résection acromio-claviculaire. A cet égard, il faut relever que cette problématique liée à l'épaule gauche est connue de longue date et qu'elle a en particulier été prise en considération dans l'expertise du 17 juin 2016 (voir

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 notamment le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire gauche depuis avril 2013 retenu en p. 31) et qu'en conséquence, il doit

ainsi être admis avec le Dr AC. _____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR (voir rapport du 3 octobre 2016, dossier AI p. 74) que le suivi médical depuis l'été 2016 en lien avec les gonalgies, y compris l'opération chirurgicale susmentionnée, ne constitue pas un élément remettant en cause l'absence d'incapacité de travail durable du recourant dans une activité adaptée telle qu'elle a été retenue ci-dessus. Il y a du reste lieu de relever à cet égard que dans la lettre de sortie précitée du 26 mars 2017, le Dr AA. _____ atteste une incapacité de travail limitée à la période du 21 mars 2017 au 30 avril 2017 en lien avec les suites de l'opération à l'épaule. Le fait que ce même médecin, dans un simple formulaire de certificat médical du 28 septembre 2017, atteste une incapacité de travail également pour la période du 28 septembre 2017 au 11 décembre 2017, n'est pas non plus suffisant pour admettre que le recourant aurait été durablement incapable de travailler dans une activité adaptée au moment de la décision attaquée.

E. 5.5

Enfin, pour être complet, il peut encore être mentionné qu'après une suspicion d'atteinte cardiologique en lien avec une hypertension artérielle, cette hypothèse a été écartée (voir rapport du 26 octobre 2016 du Dr AD. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, dossier AI p. 52; voir également rapport du 5 octobre 2016 du Dr V. _____, médecin généraliste traitant, dossier AI p. 43, qui fait état d'un état cardiaque compensé).

E. 6

Se fondant sur une capacité de travail médico-théorique du recourant fixée à 100% dans une activité adaptée telle qu'un emploi dans l'industrie légère (travail léger à moyen et alternance des positions), l'OAI a retenu un taux d'invalidité nul en prenant en considération un revenu réalisable sans invalidité de CHF 32'608.- (revenu déclaré à l'AVS pour les mois de janvier à septembre 2009, annualisé et indexé de 1.9 % pour tenir compte de l'évolution des salaires entre 2009 et 2011) et un revenu d'invalidité de CHF 59'672.- (revenu réalisable dans une activité d'employé de production industrielle légère selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2010, après adaptation de la durée hebdomadaire et indexation). Par une critique très générale uniquement appuyée sur une remarque de son mandataire qui pourrait être vue comme une simple ironie (« [même] lorsque l'on manie des dossiers, la charge est bien souvent supérieure à 5 kg »), le recourant soutient qu'il n'existe pas sur le marché du travail d'activité concrète respectant ses limitations fonctionnelles. Tel est pourtant le cas, étant rappelé qu'un emploi est adapté en l'espèce s'il fait appel à un travail sans port de charge (5 kg) avec changements de position possibles (assis-debout), sans gestes forcés en flexion ou en rotation du tronc et sans déplacement sur des échelles. Tel serait le cas par exemple, dans l'industrie légère, de tâches de contrôle qualité ou de conditionnement de petites pièces (voir prise de position du 27 mai 2015 du conseiller en réadaptation, dossier AI p. 176). Quant aux modalités du calcul, non contestées, elles paraissent exemptes de critiques, de telle sorte que le taux d'invalidité nul peut être confirmé. C'est ainsi à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a nié au recourant tout droit à une rente d'invalidité. Il s'ensuit que le recours du 18 mai 2017 doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16

E. 6.1

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Prenant en considération l'assistance judiciaire totale octroyée (voir ci-dessous ch. 7), ils ne

seront toutefois pas prélevés.

E. 6.2

Vu le sort du recours, il n'est pas alloué d'indemnité de partie au recourant.

E. 7

Le recourant a requis, parallèlement à son recours, le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 116), après avoir déjà bénéficié d'une telle assistance dès le 11 février 2015 dans la procédure administrative (décision d'octroi du 11 février 2015, dossier AI p. 191, faisant suite à une première décision de refus du 18 juin 2014, dossier AI p. 292).

E. 7.1

Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 condid. 2.5.3).

E. 7.2

Sur le vu du dossier, la condition de l'indigence est remplie, la famille du recourant bénéficiant de prestations d'aide sociale. Quant à la seconde condition, même si l'issue du litige est claire, on doit admettre que le recours ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chance de succès. Enfin, la présence d'un avocat dans la présente affaire est justifiée. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 116) est admise pour la présente procédure de recours. Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office.

E. 7.3

Dans sa liste de frais du 23 août 2018, le mandataire du recourant fait valoir 47 heures 31 minutes d'activité au titre de ses honoraires. La majeure partie de ce temps concerne toutefois des opérations effectuées dès le 26 mars 2014 dans la procédure administrative qui a conduit à la décision attaquée et qui ne sont en conséquence pas couvertes par l'assistance judiciaire accordée par décision de ce jour pour la procédure de recours de droit administratif déposé auprès du Tribunal cantonal, ouverte le 19 mai 2017. Ces opérations préalables à la procédure de recours seront écartées. Au vu du temps consacré selon la liste de frais à l'affaire dès la réception de la décision attaquée le 4 avril 2017, de la difficulté et de l'importance du litige, la Cour fixe l'équitable indemnité à laquelle a droit le défenseur d'office à CHF 1'720.-, correspondant à 9 heures à CHF 180.-/heure et à CHF 100.- de frais fixés forfaitairement, plus CHF 137.60 au titre de la TVA à 8 %, et de la mettre intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours (608 2017 115) est rejeté. Partant, la décision attaquée est confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont

mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été octroyée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 116) est admise pour la procédure de recours introduite le 19 mai 2017 (608 2017 115). Un défenseur d'office est désigné en la personne de Me Benoît Sansonnens, avocat. V. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'720.-, plus CHF 137.60 au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 1'857.60, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. VI. 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 29 août 2018/msu/lts Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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