

# FR\_GERICHTE 608 2017 147 vom 25. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_147](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_147)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 147 du 25 juin 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 147 del 25 giugno 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 38

ans seulement, est en mesure de sauvegarder ses revenus en faisant l'effort d'un changement d'emploi et en exerçant une autre activité, davantage adaptée à ses problématiques de santé. La douleur en tant que telle, à moins de trouver une justification médicale objective, n'est pas une maladie engageant la responsabilité de l'AI. Au demeurant, en 2014, le salaire réalisé dans

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 l'activité habituelle laisse apparaître une perte de gain de 33%, insuffisante pour ouvrir le droit à la rente. De plus, les pièces médicales postérieures aux expertises et à l'avis du SMR du 28 décembre 2016 ne font état d'aucun élément médical nouveau susceptible d'objectiver une aggravation durable de l'état de santé contre-indiquant l'exercice d'une activité adaptée à 100%. Enfin, dans le cas d'espèce, le droit à une prise en charge d'une formation par l'AI doit être nié; il en va de même d'une aide au placement. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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. 2.2. Il découle de la notion d'invalidité que 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). 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 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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). 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 citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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).

2.3. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et

subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail. 2.4. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'AI dans le cadre d'une première demande. 3.1. Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie). 3.1.1. Pour son expertise (rapport du 8 septembre 2015, dos. OAI 62; complément du 2 novembre 2015, dos. OAI 70), dûment motivée, l'expert Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, s'est fondé sur l'étude du dossier asséurologique, l'anamnèse, les plaintes subjectives et les constatations objectives lors de l'examen clinique à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assuré et observer son comportement; il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. La Cour peut confirmer que cette expertise satisfait pleinement aux critères de la jurisprudence devant être remplis pour lui accorder valeur probante. Elle fait siennes les constatations et conclusions de l'expert-psychiatre (p. 9 ss), à savoir une absence de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité, ainsi que de toute limitation, tant du point de vue psychique que social, de sorte que la capacité de travail a toujours été de 100% sur ce plan. Au surplus, le recourant ne fait dûment valoir aucune critique de cette expertise. 3.1.2. Dans son rapport du 16 septembre 2015 (dos. OAI 63), le Dr C. \_\_\_\_\_, rhumatologie et médecine interne, retient (p. 11) les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'ostéonécrose multifocale (hanche gauche et genou), ainsi que de douleurs des coudes droit et gauche avec mention d'un status post-fracture du coude gauche en 1994 révisée chirurgicalement en 1996, d'un status post-opération d'une bursite du coude droit en 1999, d'un trouble dégénératif huméro-radial droit, et d'une lésion du nerf cubital droit avec atrophie de l'interosseux dorsal. Sans répercussion sur la capacité de travail, il indique une douleur des chevilles d'origine peu claire, un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une absence de discopathie et un status post-infiltration en 2012, un status post PTG (recte: H; prothèse totale de hanche) pour ostéonécrose en 2012, ainsi qu'un status post-trépanation anamnestique pour probable hématome sous-dural en 1990. Du point de vue bidisciplinaire (p. 12), après consilium avec l'expert-psychiatre, une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle, de 100% dans une adaptée; en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, le syndrome douloureux récurrent que l'assuré manifeste ne présente pas de caractère incapacitant (cf. p. 11 s.); il n'y a pas de signe de non-organicité, ni de signe parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Au titre des limitations fonctionnelles, sont indiqués (p. 12 ss) les ports de charges répétitifs de plus de 10kg, les mouvements de genuflexion et les déplacements en terrain accidenté.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 Les mouvements de flexion du coude ne sont pas entravés, la force de préhension est conservée et les lésions du coude n'ont pas de caractère invalidant. Dans l'activité habituelle d'aide-peintre, le poste a déjà été adapté, aménagé (p.

6, description des tâches, et p. 13), l'assuré indiquant ne pas devoir, depuis l'atteinte de 2012, porter de charge de bidons de plus de 10kg, ce qu'il est cependant en mesure de faire (p. 5), les collègues prenant ceux de plus de 5 kg. Une activité adaptée respectant les limitations précitées pourrait par exemple (p. 14) être réalisée dans l'accueil, la sécurité, la vente d'objets légers ou de nourriture légère, un travail comme magasinier d'objets légers, ...). S'agissant de l'exigibilité, si l'expert indique (cf. p. 6 et 14) qu'elle existe, respectivement, "dès ce jour" pour l'activité adaptée, ou dès 2012 pour celle habituelle, il entend par là qu'elle est présente dès juillet 2013 (et non 2014, cf. p. 6, et 12s.), soit depuis que l'assuré a repris son activité habituelle d'aide-peintre à 50% avec un poste adapté. Et l'expert de souligner (p. 12) qu'il est difficile d'expliquer pourquoi la capacité de travail dans son poste de travail adapté n'a pas pu être augmentée depuis juillet 2013; et de constater la discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et paracliniques effectués (lors) de l'expertise. Les facteurs de bon pronostic sont sa bonne maîtrise du français, son très jeune âge et l'absence de signe de non-organicité (p. 13s.); ceux mauvais sont son intime conviction d'une invalidité avec une demande asséurologique sous-jacente. Pour son appréciation, l'expert a pris notamment en compte l'incapacité totale de travail à partir de juillet 2012, ainsi que l'arthroscopie de la hanche droite avec résection du labrum et "Core" avec décompression de la tête fémorale, du 13 août 2012, puis, l'évolution n'étant pas favorable, la prothèse totale de hanche droite, du 28 janvier 2013 (cf. p. 2 s.). Il estimait en outre (p. 14) pas exclu qu'une approche chirurgicale au coup par coup (coude, genou) puisse entraîner une incapacité de travail, mais alors transitoire. Se prononçant sur l'évolution de la situation annoncée par les médecins traitants ultérieurement (en particulier, lésion du labrum de la hanche G qui pourrait nécessiter une éventuelle résection et une correction de l'offset; arthroscopie de cette anche avec résection et correction, du 18 janvier 2016), il maintint ses conclusions dans ses compléments de rapport des 22 octobre 2015 et 3 juin 2016 (dos. OAI 69 et 84): après 3-4 mois d'incapacité de travail en lien avec l'opération, soit à fin mai 2016 au plus tard, le status quo ante doit être raisonnablement admis, avec à nouveau une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Pour la Cour, ce rapport d'expertise et ses compléments sont parfaitement convaincants et probants. L'expert s'est notamment prononcé relativement aux différentes affections rapportées et aux pièces médicales figurant au dossier. Il a relevé (p. 5) l'absence de traitement de physiothérapie, de balnéothérapie ou d'ergothérapie jusque-là, et proposé des pistes thérapeutiques (p. 12: prise en charge physiothérapeutique avec mobilisation douce, utilisation d'une ceinture lombaire). Aucun élément ne justifie de s'écarter de cette appréciation du cas, des atteintes décrites, ainsi que des limitations fonctionnelles, de la capacité de travail et de l'exigibilité retenues. Ces aspects apparaissent en particulier parfaitement compatibles avec les observations cliniques, les traitements thérapeutiques entrepris, les descriptifs des aptitudes et limitations faites par l'assuré, ainsi que de son quotidien et de son activité d'aide-peintre (cf. p. 5, 7 ss; également expertise psychiatrique, p. 9). 3.1.3. Pour la Cour, les autres documents médicaux au dossier n'amènent aucunement à retenir autre chose que ce qui précède. L'on relèvera tout d'abord que l'expert C. \_\_\_\_\_ n'a pas ignoré

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 les différentes atteintes faites valoir par l'assuré en relation avec une aggravation alléguée de son état de santé. En particulier, le rhumatologue avait mentionné (p. 11) la persistance d'un fond douloureux d'allure mécanique surtout au niveau des périhanches et ce des deux côtés, ainsi que des lombalgies basses à répétitions et des douleurs des chevilles et des coudes; et une ostéonécrose multifocale touchant les

genoux et les hanches dont l'origine reste indéterminée et pour laquelle seule une consommation d'alcool à risque associée à une dyslipidémie constituaient des facteurs de risque (p. 12; cf. le rapport du 4 juillet 2014 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, rhumatologie, dos. OAI 38). Les diagnostics et plaintes que retient, dans ses rapports des 15 et 16 décembre 2016 (dos. OAI 93 s.), le Dr E.\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin traitant depuis juillet 2011, ont été pris en considération par l'expert-rhumatologue. Quelques mois après la dernière intervention chirurgicale (incapacité de 100% dès le 17 janvier 2016), le praticien atteste d'une capacité de 50%, à partir du 1er mai 2016; l'exigibilité dans l'activité habituelle est de 49%, avec une perte de rendement de 51%, une restriction de la mobilité des genoux des deux côtés et des douleurs dans cette zone sont mises en exergue. Les limitations indiquées demeurent, en outre, semblables à celles antérieures, qui furent portées à la connaissance de l'expert, et, pour l'Instance de céans, recouvrent pour nombre d'entre elles celles retenues par ce dernier, hormis un port de charges limité à 5 kg, au lieu de 10 kg, différence en soit sans incidence sur l'évaluation de la capacité de travail. A noter également que le 1er décembre 2016 (cf. dos. OAI 95), le Dr E.\_\_\_\_\_ rapporte des douleurs au genou droit apparues brutalement le 2 octobre 2016 et diagnostique une nécrose aseptique du fémur distal à ce genou; il relève cependant que la nécrose osseuse est demeurée inchangée par rapport aux examens précédents (cf. également expertise, p. 4), et opte pour une attitude expectative, aucun traitement chirurgical n'étant pour le moment nécessaire. Le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin praticien, médecine générale, annonce, le 23 septembre 2016 (dos. OAI 86), une aggravation de l'état clinique depuis l'expertise rhumatologique du fait d'une majoration de ses douleurs lombaires avec une discarthrose et une arthrose facettaire; la hanche gauche reste, après l'opération, douloureuse et limitée. Dans son rapport enregistré le 22 décembre 2012 (dos. OAI 95), il pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose facettaire, ostéochondrite L4-S1, de lésion labrale de la hanche gauche opérée, et de syndrome douloureux chronique du genou droit post-ostéonécrose. La capacité dans l'activité de peintre en bâtiment est exigible à 50%, sans perte de rendement, mais le patient ne peut "mécaniquement" assurer plus, en raison des pathologies rhumatologiques. La Cour relève que ces diagnostics furent appréciés par l'expert. S'agissant plus particulièrement de la problématique douloureuse et dégénérative lombaire, l'expert C.\_\_\_\_\_ l'avait, ainsi que dit, également prise en considération (cf. notamment p. 2, 7 s., 10 ss), mais écarté un effet invalidant et une répercussion sur la capacité de travail. La Cour considère que les dernières pièces médicales déposées avant que n'intervienne la décision attaquée ne justifient pas de s'écarter de cette appréciation. En particulier, pour le Dr G.\_\_\_\_\_, rhumatologie et médecine interne, la dysbalance musculaire joue un rôle non négligeable dans la pathologie, et une tonification musculaire spécifique est prescrite; ce sont des mesures d'hygiène posturales et de vie à long terme qui permettront de diminuer le nombre de récurrence (rapport du 5 février 2016, dos. OAI 85); et les Dr H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique, relèvent, le 23 juin 2016 (dos. OAI 85), que l'assuré ne présente pas de site de neuro-compression de la

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 colonne lombaire. Ces différents médecins ne se prononcent en outre aucunement quant à la capacité de travail. Surtout, et la Cour le souligne, aucun de ces médecins ne remet en cause, et ce de façon suffisamment motivée et probante, l'analyse détaillée de l'expert C.\_\_\_\_\_. Singulièrement, les médecins traitants E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, qui se sont toujours bornés à attester, depuis le 1er juillet 2013, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'aide-peintre, n'ont pas expliqué,

contrairement à ce qu'ils devaient, pourquoi ils considéraient que celle-ci, déjà adaptée, ne pouvait pas être effectuée à 70% depuis juillet 2013, ni, surtout, pourquoi ils écartaient toute possibilité d'exercer une (autre) activité adaptée, à quelque taux que ce soit. Or, avec le Service médical régional de l'AI (SMR), Dr J. \_\_\_\_\_, médecine interne générale (rapport du 28 décembre 2017, dos. OAI 98), l'Instance de céans considère qu'aucun argument médical n'a été mis avant, qui empêcherait notamment l'exercice à plein temps d'une activité telles, par exemple, que celles mentionnées par l'expert, en respectant les limitations fonctionnelles décrites par ledit expert ou même celles mentionnées par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans ses derniers rapports. Les incapacités de travail attestées postérieurement au 1er juillet 2013, singulièrement celle courant du 17 janvier au 1er mai 2016, ensuite de l'opération de la hanche gauche, ont eu un caractère temporaire, transitoire; elles n'ont pas eu une durée suffisante pour être déterminante relativement au droit aux prestations. Enfin, les pièces médicales produites en procédure de recours ne sauraient avoir aucune portée ici. Outre qu'elles sont postérieures à la décision entreprise, qui définit la période soumise à l'examen de l'Autorité de céans, l'on relèvera que leur contenu est sommaire et que, sans devoir encore examiner en quoi les problématiques et les possibilités de traitement y mentionnées n'auraient pas déjà été évoqués dans la procédure devant l'OAI, elles ne contiennent aucune mention d'une incapacité de travail en lien avec les atteintes décrites. 3.1.4. Conformément à son obligation de réduire son dommage (cf. supra, consid. 2.3) et à ce à quoi il a été plusieurs fois rendu attentif, l'assuré ne pouvait se contenter de poursuivre son activité habituelle à 50%. Il était exigible de lui non seulement de l'augmenter à 70%, mais surtout qu'il exerce une autre activité adaptée à ses limitations, à plein temps. Au vu notamment de son jeune âge et de sa maîtrise du français, ainsi que de ses limitations fonctionnelles, l'exigibilité retenue par les experts est faite sienne par la Cour, rien ne justifiant de s'en écarter. L'on relèvera en particulier qu'il a pu, à partir du 1er juillet 2013, conserver son poste de travail déjà adapté, et que pour une autre activité telle que celles décrites par l'expert C. \_\_\_\_\_, il dispose des aptitudes suffisantes; une formation particulière n'est pas requise. Outre qu'il est manifeste que même en travaillant à 70% dans l'activité habituelle dès la date précitée, le taux d'invalidité aurait été insuffisant pour l'octroi d'une rente (dans ses observations, l'OAI indique d'ailleurs qu'il en alla ainsi en 2014 même avec une activité à 50% seulement), il pouvait être tenu, en tout état de cause, toujours à partir du 1er juillet 2013, de mettre fin à cette activité d'aide-peintre au profit d'une autre activité, adaptée, à 100%. Cette activité lui aurait procuré un revenu supérieur, ce qui écartait aussi la survenance d'un degré d'invalidité suffisant. Le calcul opéré dans la décision entreprise – aucune perte de gain – ne souffre au demeurant pas la critique. 3.2. S'agissant de mesures de réadaptation (cf. art. 8 LAI), en particulier d'un reclassement ou d'une aide au placement, force est de constater, au vu de ce qui précède et notamment du rappel que la réadaptation par soi-même prime aussi sur le droit à de telles mesures, que c'est à raison

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 que leur octroi a été refusé par l'OAI. A noter que, dans le cadre des mesures d'intervention précoce (cf. art. 7d LAI), l'administration relevait, le 23 juillet 2014 (dos. OAI 40), avoir pris en charge le permis de conduire pour fournir une plus grande mobilité à l'assuré, mais que pour le reste, celui-ci n'avait jamais donné suite aux propositions de prise en charge de cours de formation. 3.3. Au vu de tout ce qui précède, la Cour retient que dès le 1er juillet 2013, l'exercice de l'activité habituelle telle que déjà adaptée aux limitations de l'assuré était exigible à 70%, sans perte de rendement; et que depuis cette même date, une autre activité adaptée l'était à 100%, moyennant le respect des limitations fonctionnelles, sans perte de rendement, de sorte que l'assuré ne subit aucune

perte de gain (déterminante) depuis cette date. Si, contrairement à ce que mentionné dans la décision, la demande de prestations du 3 janvier 2013 (et non 2014) n'était pas tardive, il n'en demeure pas moins qu'elle devait dès lors effectivement être rejetée. 4. Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, et le recours, rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais d'un même montant. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et seront prélevés sur son avance de frais, d'un même montant. III. 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 25 juin 2018/djo Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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