

FR_GERICHTE 608 2017 149 vom 11. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_149

FR: FR_GERICHTE 608 2017 149 du 11 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 149 del 11 giugno 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par les décisions attaquées et dûment représenté, les recours sont recevables.

E. 2

Le recourant a requis, à titre liminaire, la jonction des causes 608 2017 46, 47, 105, 106, 107, 108, 149 et 150.

E. 2.1

L'art. 42 al. 1 let. b du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), applicable par le biais de l'art. 61 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), elle-même applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), dispose qu'une autorité peut joindre en une même procédure des requêtes qui concernent le même objet.

E. 2.2

En l'espèce, les diverses causes dont la jonction est requise par le recourant opposent certes les mêmes parties et posent des questions juridiques interdépendantes. Les prestations de l'assurance-invalidité sollicitées par le recourant répondent toutefois à des conditions juridiques différentes. La Cour de céans estime dès lors, dans un souci d'intelligibilité également, qu'il sied de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 renoncer à la jonction requise formellement.

Matériellement toutefois, les causes 608 2017 46, 47, 105, 106, 107, 108, 149 et 150 sont traitées conjointement et toutes jugées ce jour.

E. 3.1

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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 3.2

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les mesures de réadaptation comprennent notamment l'octroi de moyens auxiliaires (art. 8 al. 3 let. d LAI).

E. 3.3

D'après le système mis en place par l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, 1ère phrase). L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2). L'assurance prend à sa charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat et les remet en propriété ou en prêt. L'assuré auquel un moyen auxiliaire a été alloué en remplacement d'objets qu'il aurait dû acquérir même s'il n'était pas invalide est tenu de participer aux frais (al. 3). Le Conseil fédéral peut prévoir que l'assuré a le droit de continuer à utiliser un moyen auxiliaire remis à titre de prêt alors que les conditions mises à son octroi ne sont plus remplies (al. 4). Selon l'art. 21bis LAI, lorsqu'un assuré a droit à la remise d'un moyen auxiliaire figurant dans la liste dressée par le Conseil fédéral, il peut choisir un autre moyen remplissant les mêmes fonctions (al. 1). L'assurance prend à sa charge les coûts du moyen auxiliaire choisi jusqu'à concurrence du montant qu'elle aurait versé pour le moyen figurant dans la liste (al. 2). Les conditions de simplicité et d'adéquation posées par les art. 8 al. 1 et 21 al. 3 LAI sont l'expression du principe de la proportionnalité et supposent que les transformations requises soient propres à atteindre le but fixé par la loi et apparaissent nécessaires et suffisantes à cette fin. Elles supposent, en outre, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire (arrêt TF I 502/2005 du 9 juin 2006 consid. 3.1.1). Pour la jurisprudence, les moyens auxiliaires doivent être simples et adéquats parce que la loi veut assurer la réadaptation là où elle est nécessaire et suffisante (ATF 103 V 68 / RCC 1977 p. 405). Cela a pour conséquence que le coût du moyen auxiliaire doit être adapté au résultat qu'on doit attendre de son utilisation (ATF 101 V 43 / RCC 1975 p. 392; RCC 1970 p. 223; RCC 1969 p. 175). Ainsi, l'assuré ne saurait prétendre au moyen auxiliaire qui serait le meilleur dans le cas particulier (ATF 98 V 98 / RCC 1970 p. 160). S'il choisit un modèle plus coûteux que celui qui lui serait accordé par l'AI, les frais

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 supplémentaires sont à sa charge. Toutefois, lors du remplacement d'un moyen auxiliaire, il faut tenir compte aussi bien de l'aggravation éventuelle de l'invalidité que des progrès techniques réalisés depuis la dernière remise. Le remplacement peut donc être plus cher que le moyen auxiliaire à remplacer (ATF 106 V 10 / RCC 1980 p. 476). A l'art. 14 RAI, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires. Ce département a édicté l'ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI; RS 831.232.51) avec en annexe la liste des moyens auxiliaires. Selon l'art. 2 OMAI, ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec

leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1). L'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*), que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2). Le droit s'étend aux accessoires et aux adaptations rendus nécessaires par l'invalidité (al. 3). L'assuré n'a droit qu'à des moyens auxiliaires d'un modèle simple, adéquat et économique. Il supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle (al. 4, 1ère phrase). La liste contenue dans l'annexe à l'OMAI est exhaustive dans la mesure où elle énumère les catégories de moyens auxiliaires entrant en ligne de compte. En revanche, il faut examiner pour chaque catégorie si l'énumération des divers moyens auxiliaires faisant partie de cette catégorie est également exhaustive ou simplement indicative (ATF 121 V 258 consid. 2b et les références citées).

E. 4

janvier 2017, le Dr I. _____ a considéré que l'exercice d'une activité légère respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré (pas de port de charge de plus de 15 kilos; pas de position debout statique; pas de mouvements répétés du rachis; pas de montée ou descente d'une échelle ou d'un échafaudage; pas de marche sur un sol non plat; travail en position assise avec la possibilité de changer de position toutes les heures) demeurerait exigible, à plein temps et sans diminution de rendement. De surcroît, en l'espèce, la pertinence des avis – potentiellement – contraires doit clairement être niée. La Dresse N. _____ et le Dr U. _____ ne sont pas spécialisés en rhumatologie ou en orthopédie (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance-invalidité, cf. arrêts TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007, I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1 et I 1098/06 du 29 novembre 2007 consid. 9.2) et leurs rapports sont par trop succincts et peu motivés. Quant à la physiothérapeute J. _____ et à l'ergothérapeute K. _____ – seul praticien à conclure explicitement à la prise en charge des moyens auxiliaires requis par le recourant –, ils ne sont pas médecins. Il ressort de plus des actes (cf. les rapports

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 d'entretiens téléphoniques des 25 janvier et 16 mars 2016, dossier AI pces p. 225 et 172) qu'ils se contredisent eux-mêmes, puisque la première avait tout d'abord considéré que l'assuré était autonome pour s'habiller et se déshabiller puis a affirmé le contraire sans justification et que le second avait initialement rejoint l'appréciation de l'enquêtrice L. _____ en ce qui concerne l'exagération des symptômes pour ensuite nuancer son propos en soulignant qu'il ne pouvait juger lui-même de cette question. Enfin, et surtout, la pertinence de ces avis doit fortement être remise en question au regard du diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques posé par les experts, a fortiori lorsque ces avis émanent comme en l'espèce de médecins traitants et de praticiens traitants, dont on sait qu'ils sont généralement enclins à prendre parti pour leur patient au vu de la relation de confiance qui les unit (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 4.1

Les pièces suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction:
- Les rapports médicaux des 17 juillet 2014 et 9 mars 2015 de la Dresse N. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a noté les diagnostics de lombalgies et polyarthralgies en cours d'investigation (début 2014), de troubles dégénératifs de la

colonne lombaire et hernie discale L5-S1 (2008) et d'épisode dépressif réactionnel (mars 2014). Elle a estimé que son patient était totalement incapable de travailler dans toute activité, depuis le 10 mars 2014, en raison de ses douleurs au dos et aux articulations (dossier AI pces p. 289 à 292, 358 à 364, 310 à 313 [le dossier AI en question est le dossier de référence intégralement produit dans la cause 608 2017 46]). - Les rapports médicaux des 2 décembre 2014 et 26 janvier 2015 du Dr O. _____, médecin spécialiste en rhumatologie, qui a relevé les diagnostics suivants: Spondylarthropathie axiale probable; syndrome lomboradiculaire de topographie L5 droite sur hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane avec conflit radiculaire foraminaux droit (IRM lombaire 31.03.2014); reflux gastro-oesophagien; ancienne hépatite B; hypercholestérolémie traitée et obésité avec BMI à 31kg/m²; tabagisme actif à environ 70 UPA (dossier AI pces p. 283 s., 307 s., 314 s., 317 s.).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 - Le rapport médical du 15 janvier 2015 du Dr P. _____, médecin spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, qui a noté que son patient présentait un tableau douloureux du rachis probablement expliqué par sa spondylarthropathie et vraisemblablement également par sa hernie discale (dossier AI pce p. 305 s.). - Les rapports médicaux des 12 mars, 29 avril et 26 mai 2015 de la Dresse Q. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a exposé que le tableau clinique était complexe, surtout à cause des lomboradiculalgies non déficitaires apparemment résistantes aux différents traitements conservateurs. Elle a considéré que le tableau semblait évoluer vers un syndrome douloureux chronique sur fond de trouble dépressif. La généraliste en a conclu que son patient était totalement incapable de travailler dans toute activité (dossier AI pces p. 279 à 282, 285 à 287, 299 à 304). - Les prises de position des 20 mars et 24 juillet 2015 du Dr R. _____, médecin spécialiste en anesthésiologie, du service médical régional (SMR), qui a noté que l'incapacité de travail était actuellement justifiée, que la situation n'était toutefois pas encore stabilisée et que l'exercice d'une activité adaptée légère et épargnant le rachis devrait être exigible (dossier AI pces p. 277 s., 298). - Le rapport médical du 11 septembre 2015 du Dr S. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2; depuis 2013-2014) et un état de stress post-traumatique (F43.1). Il a noté que l'épisode dépressif avait évolué de manière progressive dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique et plusieurs facteurs de stress liés à sa famille et à sa situation socio-professionnelle. C'est une personne qui a vécu et a été témoin de situations difficiles et traumatiques pendant la guerre dans son pays d'origine et qui a dû vivre le choc de l'immigration et reconstruire sa vie dans un pays étranger. Le médecin en a conclu que son patient était totalement incapable de travailler dans toute activité (dossier AI pce p. 268 à 274). - Le rapport médical du 30 septembre 2015 du Dr T. _____, médecin spécialiste en urologie, qui a noté un status après macrohématurie et une hyperplasie de la prostate grade 1 avec troubles mictionnels obstructifs. Il a estimé que l'évolution était bonne et qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer d'autres examens (dossier AI pce p. 190). - Les rapports médicaux des 17 décembre 2015 et 19 février 2016 respectivement de la Dresse N. _____ et du Dr U. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont estimé que les indications sur l'impotence données par l'assuré dans sa demande correspondaient à leurs constatations (dossier AI pces p. 180 et 228). - Le rapport d'enquête à domicile du 25 janvier 2016 de l'enquêtrice L. _____, dont il ressort que « L'expression spontanée est fluide et informative. Il exprime ses besoins et tient une conversation mais dans sa langue

maternelle. L'enquête est réalisée en présence des membres de sa famille. Il ne présente pas de troubles psycho-organiques mais souffre de troubles psycho-affectifs. Il faut toutefois relever qu'il est engagé dans la conversation et alerte. Lors de l'enquête, malgré ses plaintes, il parvient à articuler ensemble les sous-systèmes moteurs (bras, jambes, mains, ...) en vue de la réalisation d'une action. Il réussit à coordonner les diverses parties de son corps lors de l'activité. Il reste précis dans ses gestes, la vitesse d'exécution est suffisante lors des tâches et activités ». Pour le domaine « se vêtir et se dévêtir »: « Selon l'assuré, il ne parvient pas à mettre son pantalon et ses chaussettes en raison des restrictions en flexion au Niveau L5-S1. Il sollicite l'aide de sa femme. Il est autonome pour les vêtements du MS. Mais s'il prend son temps,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 il peut s'habiller seul. Selon sa physiothérapeute, l'utilisation de moyen[s]-auxiliaires comme un enfile-chaussette et une pince à longue manche ne semble pas nécessaire, car il faut maintenir ses ressources (cf. entretien téléphonique du 25/01/2016). Le contrôle moteur, la reconnaissance des objets, la coordination bimanuelle, la capacité de faire des choix ne sont pas altérés. Il ne porte pas de prothèse ou d'orthèse. Il n'a pas besoin d'aide régulière et importante ». Pour l'acte ordinaire « se lever, s'asseoir, se coucher »: « Il n'a pas besoin d'aide régulière et importante, lors de l'enquête, il a changé plusieurs fois de positions (coucher sur le ventre avec un coussin sous le torse, assis par terre en s'adossant uniquement au niveau des épaules au canapé, ...) adoptant des positions contre-indiquées au vu de ses plaintes ». Pour le domaine « manger »: « Il ne présente pas de trouble de la déglutition. Il ne prend pas de repas mixés ou liquides. Il respecte les manières et normes de tables. Il est indépendant pour manger, capable de se servir des couverts. Pas de problème de coordination vision-préhension ». Pour l'acte « faire sa toilette (soins du corps) »: « La salle de bain est équipée d'une baignoire. L'assuré mentionne qu'il a besoin d'une aide pour les transferts dans la baignoire. La physiothérapeute ne relève pas de trouble de l'équilibre mais plutôt un manque de mobilité dans ses mouvements (d'où les exercices qu'il doit faire à domicile pour améliorer sa condition physique). Il a besoin d'aide pour se laver le dos ou les pieds. L'utilisation de moyens-auxiliaires va pouvoir optimiser son autonomie: planche de bain, brosse à longue manche... Il est autonome pour se raser (A relever qu'il va à la piscine dans le cadre de la physiothérapie et il est autonome) ». Pour le domaine « aller aux toilettes »: « Il est autonome lorsqu'il va uriner, il sollicite uniquement sa femme lorsqu'il va à selle selon lui. Depuis 3 mois il a des problèmes d'infection suite à son opération de la fistule il y a 2 ans. Les rapports médicaux ne mentionnent pas d'invalidité/limitations pour cela. Il n'est pas incontinent. Il n'utilise pas de méthode ou d'équipement pour l'élimination urinaire ou intestinale. L'aide n'est pas régulière et importante ». Pour le domaine « se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, établir des contacts) »: « A domicile il peut se déplacer sans l'aide de tiers et sans moyen-auxiliaire. Il est détenteur d'un permis de conduire mais ne conduit plus. Il est accompagné par ses enfants sur les longues distances mais il pourrait prendre le bus si nécessaire. Il se déplace à pied de manière autonome chez sa physiothérapeute (pas loin de chez lui). La physiothérapeute ne relève pas de trouble de l'équilibre majeur. Il peut exprimer ses besoins, tenir une conversation, peut communiquer par écrit, écouter et regarder la télévision (pendant l'enquête) utiliser le téléphone... ». L'enquêtrice a dès lors considéré que l'assuré n'avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour aucun des actes ordinaires de la vie. Elle a ajouté que l'assuré n'avait pas besoin, à raison de deux heures hebdomadaires, d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie et a noté à cet égard que « lors de l'enquête, il est en

mesure de participer, de répondre aux questions, de s'organiser pour ses rendez-vous, ... malgré le trouble dépressif. Il peut se rendre chez son médecin/thérapeute seul. Il vit en famille ». Enfin, elle a relevé que l'assuré n'avait besoin ni d'une aide permanente pour les soins de base, puisque « sa femme prépare le semainier mais il est capable de s'administrer les comprimés », ni d'une surveillance personnelle (dossier AI pce p. 218 à 224). - La prise de position du 18 février 2016 du Dr R. _____, du SMR, qui, alors qu'un projet d'acceptation de rente avait été émis par l'OAI, a noté la présence d'éléments discordants, relevés notamment dans le cadre de l'enquête pour déterminer son impotence, et l'intrication de facteurs qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il a dès lors requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique (dossier AI pce p. 184 s.).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 - Le rapport d'enquête destiné à évaluer l'impotence du 16 mars 2016 de l'enquêtrice L. _____, dont il ressort que cette dernière et l'ergothérapeute de l'assuré avaient constaté que ce dernier sollicitait exagérément les membres de sa famille et qu'avec l'aide de certains moyens auxiliaires il serait autonome. L'ergothérapeute pense que l'assuré présente effectivement des limitations fonctionnelles (gonflements...) mais qu'il est également possible qu'il accentue ses douleurs/difficultés afin de bénéficier financièrement de l'AI et des prestations complémentaires. En ce qui concerne les troubles de la marche et de l'équilibre, l'ergothérapeute penche plutôt pour une instabilité de la marche sans risque de chute. L'enquêtrice a noté que l'utilisation du scooter a été proposée en raison des plaintes de l'assuré à se mobiliser et pour lui permettre d'élargir son réseau social. Mais l'ergothérapeute mentionne que la pertinence de ce moyen auxiliaire va également dépendre des ressources ou limitations réelles de l'assuré (dossier AI pce p. 172 s.). - Le rapport médical du 21 avril 2016 de la Dresse V. _____, médecin assistante à W. _____, qui a confirmé les diagnostics connus et conclu à une incapacité de travail totale de son patient dans toute activité (dossier AI pce p. 154 à 157). - Les rapports médicaux des 28 juillet 2016 et 28 février 2017 du Dr U. _____, qui a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère (F33.10) et de spondylarthrite dégénérative et ankylosante avec cervicalgies et lombalgies persistantes et invalidantes. Le psychiatre a relevé que « Malgré un traitement psychotrope « chargé », [...] j'observe chez le patient la persistance des symptômes dépressifs, notamment une fatigue physique et mentale, diminution d'élan vital un manque de motivation une appréhension permanente liée à l'évolution future de ses affections somatiques, et une inquiétude pour son avenir et celle de sa famille. Ses symptômes sont d'une intensité variable, évalué[s] à un degré moyen à sévère, mais le retentissement dans la qualité de sa vie est assez grave. Il présente un état de déconditionnement physique et une régression mentale avec des difficultés de concentration, d'attention qui diminuent de façon importante son autonomie pour les activités de la vie quotidienne. Or après la lecture des rapports d'expertises, j'ai pu constater que les collègues experts ont été a priori préoccupé[s] à valider les soupçons des agents de l'AI relevé[s] sur son profil Facebook (où le patient a publié des photos de son voyage avec sa famille quand il était actif et capable [de] travailler) que d'évaluer objectivement son état de santé actuel et les atteintes invalidantes de ses affections somatique et psychique. Leurs rapports fouillés, et remplis des prépositions et suppositions théoriques ont pour but et mission la disqualification formelle des constatations et évaluations cliniques précédents des confrères qui l'ont traité et soigné le patient ainsi que la crédibilité des conclusions cliniques de son cas, en 2015 par les collègues de service médical régional de l'AI !? Il est regrettable de constater que

l'objectivité et neutralité des experts laisse[nt] à désirer !? Ainsi je réitère ma conviction et mon avis fondé sur mon savoir-faire et mon expérience clinique que, en raison de ses affections psychique et somatique qui sont d'un pronostic réservé voir[e] très défavorable, mon patient, ingénieur de formation et un grand travailleur avant d'être atteint dans sa santé physique et psychique, a perdu totalement sa capacité de travail » (dossier AI pces p. 34 s., 40 s., 124 s.). - Le rapport d'expertise psychiatrique du 28 décembre 2016 du Dr X._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a noté que « Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. [...] Les plaintes spontanées et principales de [l'assuré] concernent des douleurs physiques, notamment des douleurs du dos. [...] [L'assuré] ne montre que peu, voire pas, de comportement algique à l'examen psychiatrique auquel il participe activement. Contrairement à sa

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 plainte concernant des douleurs l'empêchant de maintenir la même position, soit assise, soit debout, pendant plus de 30 minutes, comme décrite par la Dresse N._____, il reste assis d'une manière détendue, pendant plus de trois heures d'examen. Sa capacité d'interagir attentivement avec ses interlocuteurs et d'entrer en contact d'une manière joviale contraste avec son comportement démonstratif ponctuel, lorsqu'il aborde ses douleurs, avant de reprendre une position confortable, sans gêne particulière pendant le reste de l'examen. Pouvant se lever et s'asseoir dans la salle d'attente ainsi que sur le canapé relativement bas de la salle d'examen, sans aide d'une tierce personne, il fait preuve d'une mobilité surprenant[e] par rapport aux difficultés décrites par son ergothérapeute, M. K._____. Selon ce dernier, [l'assuré] a besoin d'un sommier électrique pour se lever et se coucher dans son lit de façon autonome, ainsi que d'un rolateur et d'un scooter électrique afin de faciliter les déplacements. Par contre, [l'assuré] se déplace sans difficulté particulière à l'examen actuel et selon son physiothérapeute, il reste capable de s'habiller et déshabiller sans aide d'une tierce personne, contrairement à ses plaintes lors d'une enquête à domicile du 25.01.2016. A cette occasion, [l'assuré] manifeste également un comportement particulier accompagné d'exagérations dans les plaintes, en prenant des positions inhabituelles, par exemple lorsqu'il se couche par terre avec la nuque posée sur le bord d'un canapé. En l'absence d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, il se plaint d'une hypoesthésie tactile sans respect de dermatome précis, lors d'un examen du Prof O._____ et le Dr I._____ constate également des plaintes inexplicables entièrement par un processus physiologique à l'examen rhumatologique actuel. Ainsi, le Dr I._____ observe des discordances entre les mouvements de [l'assuré] pendant l'entretien clinique et ses plaintes ainsi que son incapacité d'effectuer le moindre mouvement dès qu'on passe à l'examen clinique. [...] [L'assuré] adopte une attitude histrionique comprenant des plaintes surajoutées sans substrat somatique, comme observées lors de l'enquête à domicile le 25.01.2016, et dont témoignent les incohérences relevées lors des examens actuels. Motivé par la recherche d'une compensation financière pour ses problèmes comme une injustice, [l'assuré] met en avant un cortège de plaintes, comme l'incapacité à lire ou regarder un film entier, à cause des douleurs l'empêchant de se concentrer. Contrastant avec les observations pendant plus de trois heures d'examen, ces plaintes font partie d'un tableau clinique correspondant à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. [...] La seule pathologie observée est une perturbation de la concentration et un trouble de l'évocation dans le cadre d'une perte d'élan vital et d'une humeur dépressive avec un sentiment de culpabilité, sans idée suicidaire ou d'autre symptôme affectif. Face à ces observations

contrastant avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère retenu lors de cette hospitalisation, les démarches thérapeutiques se limitent au changement de l'antidépresseur associé à un autre somnifère léger. Au cours d'un séjour de seulement 5 jours, ces mesures permettent une bonne reprise du sommeil, malgré le sentiment subjectif de ne dormir que 5 heures au maximum, que [l'assuré] décrit également à l'examen actuel. Expliquant sa détresse par le manque d'un réseau social en Suisse, [l'assuré] ne montre pas de repli sur soi, caractérisant un épisode dépressif sévère, au contraire, son ergothérapeute confirme son besoin d'être actif. [...] Sans diminution manifeste de l'estime de soi, il nie de timidité mais exprime son envie de contacts sociaux et se montre à l'aise dans le contact avec des inconnus. [...] Sans diminution marquée de la libido ou de l'appétit entraînant une perte d'au moins 5% du poids corporel, [l'assuré] ne souffre pas d'une agitation ou d'un ralentissement au plan psychomoteur et nie des réveils matinaux précoces indépendants de ses douleurs ainsi qu'une dépression plus marquée le matin. En l'absence d'un manque de réactivité émotionnelle à des événements agréables, il ne présent[e] pas de syndrome somatique accompagnant pourtant presque toujours un épisode dépressif sévère. [...] Souffrant de son manque d'activité sociale,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 comme décrit lors des hospitalisations à G._____ et par son ergothérapeute, il subit des aggravations ponctuelles de son humeur dépressive au cours de l'année 2015. Cependant, ces aggravations restent insuffisantes pour confirmer un épisode dépressif sévère, selon les éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen actuel. [...] Depuis, il souffre d'une dépression de l'humeur qui reste insuffisante, la plupart du temps, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, notamment en l'absence de deux épisodes dépressifs majeurs séparés par une période de rémission. Ainsi, [l'assuré] décrit lui-même des périodes de quelques jours pendant lesquels il se sent relativement bien et par exemple capable de passer volontiers du temps avec ses amis, ses voisins ou d'accueillir son frère ou sa belle-sœur chez lui en Suisse [...] Par contre, l'exploration montre l'absence de reviviscence d'un événement traumatique chez un expertisé qui nie de cauchemar en décrivant surtout des rêves agréables, sans élément d'un état de stress post-traumatique, malgré son vécu à C._____. [...] En faisant abstraction de ses plaintes incohérentes, les symptômes affectifs relativement légers de sa dysthymie ainsi que les plaintes somatiques surajoutées dues à sa majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, restent insuffisants pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique ». Le psychiatre n'a pas retenu de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Il a cependant relevé l'existence, comme diagnostics sans une telle influence, d'une dysthymie et d'une dépression anxieuse persistante (F34.1), existantes depuis 2014, ainsi que d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), existante depuis probablement 2015, et d'une accentuation de traits de personnalité narcissique et émotionnellement labile (Z73.1), existante depuis probablement l'âge de jeune adulte. L'expert-psychiatre a conclu, en l'absence d'atteinte psychique incapacitante, à une capacité de travail totale et entière dans toute activité. Il a noté toutefois que « l'aggravation transitoire de sa dysthymie sous forme d'un épisode dépressif moyen au maximum justifie une incapacité de travail de 40% pour son activité manuelle dans la pose de fenêtres d'août 2015 à avril 2016. Depuis avril 2016, l'effort à surmonter les symptômes dus à la dysthymie de [l'assuré] qui maintient sa majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, reste raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques à plein temps, au plan psychique » (dossier AI pce p. 80 à 107). - Le rapport

d'expertise rhumatologique du 4 janvier 2017 du Dr I. _____, médecin spécialiste en rhumatologie et médecine interne, qui, durant son examen clinique, a notamment noté ce qui suit: « Status clinique somatique: Assuré âgé de 47 ans en bon état général, droitier. Il se déplace normalement sans boiterie. Il peut monter ou descendre les escaliers. Il ne peut pas s'habiller et se déshabiller. Je dois l'aider. Durant l'entretien, il se comporte normalement et bouge tout à fait bien. Dès que je dois l'examiner il ne peut plus bouger « d'un centimètre ». [...] L'examen neurologique: Les réflexes sont présents et symétriques. La force est sans particularité au niveau des 4 membres. La démarche est sans particularité. Status ostéoarticulaire: Rachis cervical: Inexaminable, retient volontairement tous les mouvements. Rachis dorsal et lombaire: Inexaminable, retient volontairement tous les mouvements. Membres supérieurs: Epaule gauche et droite: D'abord inexaminable, puis après avoir un peu haussé la voix, l'examen des épaules est dans la norme. [...] L'examen des sacro-iliaques est dans la norme. [...] La recherche de points douloureux pour une fibromyalgie est négative (0 point sur 18). Présence de signes de non organicité selon Waddell. Il ne peut pas bouger, mais il arrive à se relever de la table d'examen en faisant une flexion antérieure du rachis. Il ne peut pas bouger les bras, donc il ne peut pas se déshabiller alors que durant l'entretien clinique, il bouge normalement les MS avec facilité et rapidité ». L'expert a finalement retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 travail, de lombosciatalgies droites chroniques sur une hernie discale L5-S1 comprimant L5 droite (M54.4), présente depuis 2008 et une obésité morbide (E66.2) (BMI à 39.7), ainsi que les diagnostics, sans une telle répercussion, d'hypertrophie de la prostate (N36.8), présente depuis ?, d'ancienne hépatite B (B16) et d'allergie au Paracétamol et à la Noramidopyrine. L'expert- rhumatologue a conclu son appréciation ainsi: « Face à cet examen clinique, qui montre clairement des signes de non organicité et face aux résultats des examens radiologiques et sanguins (cf: résumé de l'histoire clinique), je ne peux pas retenir le diagnostic de Spondylarthropathie ou de Spondylarthrite ankylosante. Je garde uniquement celui de lombosciatalgies L5 chroniques sur une hernie discale L5-S1, car ce dernier est documenté depuis 2008 par des examens radiologiques. Je garde également celui d'obésité morbide qui peut limiter les déplacements de Monsieur et sa résistance aux efforts. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100%. Cette capacité a toujours été de 100% et je ne peux pas retenir de période d'incapacité de travail, même depuis mars 2014. Par contre, la capacité de travail comme poseur de fenêtre est définitivement de 0% depuis mars 2014 ». Il a finalement retenu les limitations fonctionnelles suivantes: Pas de port de charge de plus de 15 kilos; pas de position debout statique; pas de mouvements répétés du rachis; pas de montée ou descente d'une échelle ou d'un échafaudage; pas de marche sur un sol non plat; travail en position assise avec la possibilité de changer de position toutes les heures (dossier AI pce p. 63 à 78). - Le rapport médical du 22 février 2017 de la Dresse N. _____, qui a noté que « Depuis le mois de janvier 2015, son état s'est détérioré jusqu'à l'introduction du dernier traitement biologique par Cosentyx en novembre 2016. Il semble que les douleurs inflammatoires se soient améliorées, mais il décrit toujours des symptômes diffus paraissant plutôt mécaniques, en lien avec les troubles dégénératifs (arthrose et hernie discale). Il dit avoir toujours des difficultés à se déplacer sur de longs trajets et ne peut pas effectuer des travaux manuels autres que du bricolage. Le patient ne peut pas faire le ménage ou soulever des charges, comme il faudrait pouvoir le faire lors de courses. Il demande de l'aide à ses proches pour ses activités de la vie quotidienne. Dans la mesure où

le patient a souffert durant plusieurs années de symptômes algiques et de dépression, il a probablement développé un syndrome douloureux chronique » (dossier AI pce p. 33). - La prise de position du 21 mars 2017 du Dr R._____, du SMR, qui a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 28 décembre 2016 et estimé que ses conclusions médico-asséurologiques étaient pleinement cohérentes avec les atteintes à la santé objectivées. Il a par ailleurs, s'agissant du rapport du Dr U._____, noté que « ce psychiatre mentionne que malgré un traitement psychotrope « chargé », les symptômes dépressifs persistent. Or l'expert a d'une part démontré par des dosages plasmatiques des psychotropes que la compliance thérapeutique est mauvaise, d'autre part que, malgré des taux plasmatiques de psychotropes inférieurs aux valeurs thérapeutiques, les symptômes dépressifs ne correspondent qu'à une dysthymie selon les critères de la CIM-10. Le Dr U._____ accuse les experts de partialité et regrette « de constater que l'objectivité et la neutralité des experts laissent à désirer !? », sans faire état d'aucun argument concret à l'appui de cette opinion. Il s'agit donc d'une assertion gratuite » (dossier AI pce p. 22 s.). - Des certificats d'incapacité de travail (dossier AI pces p. 174, 191 à 196, 208, 211 à 213, 367). Suite à la notification de la décision de refus de rente du 28 mars 2017, le recourant a encore produit la documentation médicale suivante:

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 - Le rapport médical du 18 avril 2017 de la Dresse N._____, qui a noté que son patient souffrait d'une maladie inflammatoire chronique de type spondylarthrite, qu'il était sous traitement biologique par Cosentyx depuis novembre 2016 et qu'il avait besoin d'une aide pour les activités de la vie quotidienne. - Le rapport médical du 3 mai 2017 du Dr U._____, qui a en substance repris le contenu de ses précédents rapports. - Le rapport médical du 9 mai 2017 du Dr O._____, qui a relevé que des synovites et des enthésites avaient été clairement identifiées à plusieurs reprises par différents médecins et qu'il y avait donc suffisamment d'éléments pour poser avec confiance un diagnostic de spondylarthropathie. Le rhumatologue a critiqué le point 4 de l'expertise du Dr I._____, en précisant que la présence de signes de non-organicité n'excluait nullement la présence de lésions organiques sous-jacentes. Il a conclu à une incapacité de travail totale de son patient, tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée. - Le rapport de sortie non daté de la Dresse Y._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de H._____, qui a noté les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte, de traits narcissiques et de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques. - Des certificats d'incapacité de travail. L'autorité intimée a soumis cette nouvelle documentation à son SMR. Dans sa prise de position du 29 juin 2017, la Dresse Z._____, médecin spécialiste en rhumatologie, a exposé que « l'expertise du Dr I._____ est probante, peut à notre avis être suivie dans ses conclusions, avec cette seule remarque que, nous ne partageons pas, ceci sur la base des rapports médicaux du Service de Rhumatologie de W._____, son avis quant à l'exclusion d'une spondylarthrite. En effet, les critères de New York pour retenir un tel diagnostic sont réunis. L'expérience et la littérature médicales rapportent que fréquemment les signes inflammatoires biologiques et radiologiques classiques sont absents, prévalent l'anamnèse de type inflammatoire et la clinique (synovites, enthésites, ténosynovites). Si nous partageons l'avis du Dr I._____ quant à la capacité de travail dans une activité adaptée légère permettant l'épargne du rachis et des articulations, c'est en raison d'un status fonctionnel, d'images radiologiques intactes (sans signe de destruction articulaire) et de l'absence de signes biologiques inflammatoires

défavorables sur les structures articulaires. Nous relevons aussi que la Rhumatologie n'a toujours retenu le diagnostic de spondylarthropathie que comme probable » (dossier AI pce p. 34 à 36). Dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a enfin versé aux actes: - Les rapports des 14 février et 1er juin 2017 de la physiothérapeute J. _____, qui a exposé que son patient était très limité dans ses déplacements, qu'il a besoin d'aide pour se déshabiller et qu'il peine à se retourner sur la table de traitement. - Les rapports des 6 juin et 13 août 2017 et d'autres non datés de l'ergothérapeute K. _____, qui a noté que son patient avait des difficultés à effectuer ses soins personnels, à effectuer les transferts, à accéder aux zones basses de son corps, pour aller aux toilettes, pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de son appartement. Il a considéré que l'assuré nécessitait un sommier électrique pour qu'il puisse se lever et se coucher dans son lit de façon autonome et sécurisée, d'un

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 rollator, d'un scooter électrique afin de se réinsérer socialement, ainsi que d'un rehausseur-WC avec accoudoir. - L'ordonnance du 27 juin 2017 de la Dresse N. _____, qui a prescrit un rehausseur WC et deux barres d'appui à l'assuré.

E. 4.2

En l'occurrence, pour refuser la prise en charge des moyens auxiliaires requis par le recourant, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée, d'une part, sur les rapports d'enquête des 25 janvier et 16 mars 2016 de l'enquêtrice L. _____, ainsi que, d'autre part, sur les rapports d'expertises psychiatrique et rhumatologique respectivement des Drs X. _____ et I. _____. Ces pièces émanent respectivement d'une enquêtrice diplômée en ergothérapie, d'un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et d'un médecin spécialiste en rhumatologie. De plus, elles se fondent sur des observations concrètes et des examens complets, ont été établis en pleine connaissance du dossier et prennent en considération les plaintes exprimées par le recourant. En outre, les appréciations émises sont claires et dûment motivées. La qualité des expertises psychiatrique et rhumatologique a d'ailleurs été mise en avant, tant par le Dr R. _____ que par la Dresse Z. _____, du SMR. Lesdites expertises remplissent de plus les conditions de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychiques, puisque les médecins ne sont pas partis de la présomption révoquée selon laquelle les douleurs et la dépression diagnostiquées peuvent être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, mais se sont tout au contraire fondés sur des indices concrets pour établir leurs appréciations (ATF 141 V 281 et 143 V 409 consid. 4.1.2). Il sied, par conséquent, d'accorder une pleine valeur probante aux rapports en question. Ces rapports sont, de surcroît, parfaitement concordants. L'enquêtrice et les experts sollicités ont effet unanimement retenu que le recourant majorait ses symptômes physiques et sollicitait exagérément les membres de sa famille. Ils ont à cet égard notamment constaté que celui-ci adoptait des positions contre-indiquées au vu de ses plaintes, qu'il pouvait rester assis d'une manière détendue pendant plus de trois heures d'examen, qu'il se déplaçait normalement sans boiterie, qu'il bougeait tout à fait bien, que sa force était sans particularité au niveau des

E. 4.3

Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales et de rapports d'enquête, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit

nécessaire de procéder à des mesures d'instruction complémentaires (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). En définitive, la Cour de céans retient, avec l'autorité intimée, que le recourant n'a manifestement pas besoin d'un scooter, d'un sommier électrique, d'un rollator et d'une barre d'appui pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, ou pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé de prendre en charge les moyens auxiliaires requis par le recourant.

E. 5.1

Partant, le recours (608 2017 149) doit être rejeté et la décision du 1er février 2017 confirmée.

E. 5.2

Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

E. 5.3

Le recourant a déposé une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 150).
5.3.1. Selon l'art. 61 let. f 2ème phr., LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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). Selon l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle: a. des frais de procédure; b. de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire le rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 Sur la question des chances de succès du recours, un procès est considéré comme dépourvu de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une personne raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou que les premières ne sont que légèrement inférieures aux secondes (ATF 133 III 614 consid. 5; 129 I 129 consid. 2.3.1). S'agissant de la question de savoir si la désignation d'un avocat d'office est objectivement nécessaire, il faut tenir compte des circonstances concrètes de l'affaire, de la complexité des questions de fait ou de droit, des particularités que présentent les règles de procédure applicables, des connaissances juridiques du requérant ou de son représentant, du fait que la partie adverse est assistée d'un avocat, et de la portée qu'a pour le requérant la décision à prendre, avec une certaine réserve lorsque sont en cause principalement ses intérêts financiers (ATF 128 I 225 consid. 2.5.2; 123 I 145 consid. 2b/cc; 122 I 49 consid. 2c/bb; 122 I 275 consid. 3a; arrêt TF 1D_6/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la nature de la procédure, qu'elle soit ordinaire ou sommaire, unilatérale ou contradictoire, régie par la maxime d'office ou la maxime des débats, et la phase de la procédure dans laquelle intervient la requête, ne sont pas à elles seules décisives (ATF 125 V 32 consid. 4b). Aussi, la désignation d'un avocat

d'office peut s'avérer objectivement nécessaire, même dans une procédure soumise à la maxime d'office (ATF 119 Ia 264 consid. 3b; 117 Ia 277 consid. 5b/bb; arrêt TF 1D_6/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.1), cette dernière justifiant toutefois une interprétation stricte de la nécessité de la représentation par un avocat (ATF 125 V 32 consid. 2 et consid. 4b; cf. ég. ATF 132 V 200 consid. 5.1.3; arrêt TF 8C_140/2013 du 16 avril 2013 consid. 3.1.2). 5.3.2. Le recours 608 2017 149 ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chance de succès, même si l'issue du litige est claire. En effet, l'Instance de céans a dû examiner les appréciations médicales soutenues par les médecins traitants du recourant. Il peut également être admis que la difficulté de la présente affaire justifie la désignation d'un défenseur, attendu que l'appréciation et la confrontation des pièces administratives et médicales nécessitent une certaine expérience juridique. Il ressort par ailleurs du dossier que le recourant ne bénéficie à ce jour d'aucun revenu et dépend à tout le moins en partie de l'aide sociale. Son indigence peut dès lors être admise. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 150) doit être admise pour la procédure 608 2017 149 et que Me Fauguel, avocate, est désignée comme défenseuse d'office. En se fondant sur la liste de frais déposée le 7 mai 2018 par Me Fauguel, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle la mandataire du recourant peut ici prétendre, en sa qualité de défenseuse d'office, à CHF 1'548.- (soit 8 heures 36 minutes, comme demandé, indemnisées au tarif horaire de CHF 180.-), plus CHF 36.40 au titre de débours, plus CHF 112.25 au titre de la TVA à 8% [sur CHF 1'368.- d'honoraires + CHF 35.40 de débours] et CHF 13.95 au titre de la TVA à 7.7% [sur CHF 180.- d'honoraires + CHF 1.- de débours], soit à un total de CHF 1'710.60. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée à la mandataire du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée. la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 149) contre la décision du 9 mai 2017 est rejeté. II. Il n'est pas alloué de dépens. III. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 150) pour la procédure de recours 608 2017 149 est admise et Me Jillian Fauguel est désignée comme défenseuse d'office. IV. L'indemnité allouée à Me Jillian Fauguel, avocate, en sa qualité de défenseuse d'office, pour la procédure 608 2017 149, est fixée à CHF 1'548.-, plus CHF 36.40 au titre de débours, plus CHF 112.25 au titre de la TVA à 8% et CHF 13.95 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'710.60. Elle est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et est directement versée à Me Jillian Fauguel. V. Des frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de A. _____; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale octroyée. 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 11 juin 2018/yho Le Président: La Greffière-stagiaire:

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