

# FR\_GERICHTE 608 2017 260 vom 16. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_260](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_260)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 260 du 16 avril 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 260 del 16 aprile 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

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

### E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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% 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. c) La méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en

utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). d) Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

### **E. 3**

a) Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué

par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

#### **E. 4**

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. a) Le point de départ temporel pour résoudre cette question correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. En l'occurrence, il s'agit de la décision du 3 septembre 2004. L'OAI y estimait que son assurée était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps, sans perte de rendement, notamment comme ouvrière dans la production industrielle légère. La comparaison des revenus de valide de CHF 45'500.- et d'invalidé de CHF 34'811.-, aboutissant à un degré d'invalidité de 23%, a conduit l'office à supprimer la demi-rente qu'il octroyait jusqu'alors. Cette décision faisait suite à la reprise d'activité, à temps plein, de l'assurée auprès de son ancien employeur qui avait adapté le poste de travail. A l'époque, le médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, faisait état de plaintes tant au niveau du membre supérieur droit que du membre supérieur gauche. Il n'émettait cependant que des diagnostics en relation avec le côté droit, soit une "arthrose péri-scaphoïdienne sur status après cure de pseudoarthrose", une "épicondylite latérale" et des "status" après différentes opérations (AMO, plusieurs résections sur pseudoarthrose). Il attestait d'une capacité de travail réduite dans le conditionnement d'aliments, mais entière dans une activité adaptée, soit

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 essentiellement uni-manuelle de la main gauche, la main droite pouvant cependant servir (dossier OAI, p. 58, 101, 121 et 136). A la même période, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de C.\_\_\_\_\_, relevait qu'il persistait "comme séquelle une très importante limitation fonctionnelle du poignet et une diminution de la force de préhension de la main". Il attestait d'une capacité de travail complète dans une "activité, de type industriel, avec sollicitation alternée des deux mains et des deux poignets" (dossier OAI, p. 114 et 117). b) Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis lors de manière à influencer son droit à une rente de l'assurance-invalidité. Dans sa décision du 16 août 2017, l'OAI se fonde sur le rapport d'expertise rhumatologique du Dr F.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2017. Comme syndrome invalidant, l'expert rhumatologue mentionne des "douleurs et ankylose du poignet [droit]" et d'un "syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire [avec une] minime discopathie L5-S1". Il ne considère pas les autres diagnostics – notamment au niveau des membres inférieurs ("douleurs de la cheville [droite]", "status post-entorse cheville [gauche]") – comme invalidants. Dans ces circonstances, le médecin estime que la capacité de travail est de 80% dans l'activité de chauffeur- livreur – "vu la nécessité de porter des caisses" – et entière dans une activité adaptée, soit une activité avec une diminution des mouvements en porte-à-faux et le port de charges de plus de 10 kg (dossier OAI, p. 348). Mandaté par l'assurance-accidents, le Dr E.\_\_\_\_\_ avait, peu avant, statué dans un rapport du 19 juillet 2015. Il y diagnostique un "enraidissement douloureux post-traumatique du tarse droit", des "troubles dégénératifs préexistants asymptomatiques des deux pieds", des "troubles dégénératifs de la charnière lombo-sacrée" et de l'arthrose aux membres supérieurs (main, clavicule et poignet). En relation presque exclusivement avec l'enraidissement douloureux du tarse droit – les autres diagnostics "n'interv[enant] pas [...] de façon significative dans l'évolution" – l'expert orthopédiste conclut que "la patiente est incapable de travailler même partiellement comme chauffeur-livreuse" mais qu'elle "serait

théoriquement apte à prendre une activité professionnelle dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes ni déplacement ou station debout prolongée" (dossier OAI, p. 294). Tant l'expert-rhumatologue que l'expert-orthopédiste sont des spécialistes dans leurs domaines respectifs et ont fondé leur rapport sur le dossier assécurologique mis à leur disposition, ce qui leur a permis d'avoir une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. En outre, ils ont été en mesure d'examiner la recourante à l'occasion d'un entretien, le premier le 16 juin 2017 et le second les 7 et 18 juillet 2016. Par ce biais, les experts ont ainsi pu entendre de vive voix les plaintes de la recourante et, également, procéder à des examens complets. Tous deux motivent suffisamment leurs conclusions. Tant l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ que celle du Dr E. \_\_\_\_\_ remplissent les critères formels permettant de reconnaître une pleine valeur probante aux rapports médicaux. Il se justifie de les suivre tous deux. Certes, au premier abord, les conclusions de l'expert-rhumatologue et de l'expert-orthopédiste ne se rejoignent pas entièrement. En particulier, si le premier fait état de limitations en lien uniquement avec les membres supérieurs, le second estime que les membres inférieurs – sur

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 lesquels il a concentré ses examens car seuls troubles à charge de l'assurance-accidents à ses yeux – sont déjà une source importante de limitations fonctionnelles. De même, on constate que les experts ne s'accordent pas sur l'évaluation de la capacité de travail. D'abord, leur évaluation dans l'ancienne activité (de 80% pour le premier et nulle pour le second) est fondamentalement différente. Cela étant, les deux experts concluent à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le premier estime que celle-ci ne doit pas imposer de mouvements en porte-à-faux et le port de charges de plus de 10 kg (dossier OAI, p. 348) et le second considère que cette activité ne doit pas imposer de port de charges lourdes ni déplacement ou station debout prolongée (dossier OAI, p. 294). Une activité tenant compte de l'ensemble de ces limitations constitue donc une activité adaptée pour la recourante, ces limitations ne s'excluant pas. c) C'est ce que confirme l'examen des autres rapports médicaux figurant au dossier. Ainsi, le Dr G. \_\_\_\_\_ estime qu'il y a une "diminution de force aux deux mains ainsi que d'une limitation de l'aptitude à effectuer les tâches fortement répétitives. Une activité adaptée pourrait être exercée à plein temps. Par contre le déchargement et la préparation d'aliments sont difficiles, voire même impossibles". Au moment de cocher les limitations dues à l'état du handicap, il ne coche que les cases "soulever/porter (près loin du corps)" (limite de poids de 5 kg à droite et 11 kg à gauche), "monter sur une échelle/un échafaudage" et "autres" (rapports des 24 mars 2015 et 23 septembre 2016, dossier OAI, p. 175 et 274). Ses conclusions vont donc dans le sens de l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité sans port de charges de plus de 10 kg, sans mouvements en porte-à-faux ou répétitifs, sans déplacement ou station debout prolongée. De même, dans son dernier rapport, la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, estime qu'une activité légère, sans port de charges, sans mouvements répétitifs de la main, avec alternance des positions et sans longs trajets debout est adaptée. Mais, en raison essentiellement des troubles des membres inférieurs, elle considère que la capacité de travail n'est que de 50% (rapport du 17 septembre 2016, dossier OAI, p. 261; comparer avec rapports des 29 mars et 19 septembre 2015, dossier OAI, p. 181 et 205, moins favorables à l'assurée). La Dresse I. \_\_\_\_\_ retient dès lors des limitations fonctionnelles compatibles avec les avis du Dr F. \_\_\_\_\_, du Dr E. \_\_\_\_\_ et du Dr G. \_\_\_\_\_. Cela n'est que dans la quantification de la capacité de travail résiduelle qu'elle s'écarte des conclusions de ces derniers. Il ne s'agit cependant que d'une appréciation

différente et isolée d'une même situation. Dans ces circonstances, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée des experts qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par la Dresse I.\_\_\_\_\_. Il convient en outre de rappeler que cette dernière, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). d) Partant, la Cour retient que la recourante est en mesure de travailler à temps plein dans une activité adaptée, soit, en substance, une activité légère, sans port de charges, sans mouvements répétitifs de la main, avec alternance des positions et sans longs trajets debout.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10

## **E. 5**

Compte tenu de l'existence d'une capacité de travail résiduelle, il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus de valide et d'invalidé en vue de déterminer le degré d'invalidité. a) Dans la décision litigieuse du 27 septembre 2017, l'OAI a retenu que l'assurée réaliserait un revenu de 51'201.- (CHF 51'000.- pour 2014, plus 0.4% d'indexation pour 2015) dans l'activité de chauffeur. Cependant, en procédant de la sorte, l'autorité intimée ne tient pas compte du fait que la recourante a déjà bénéficié d'une reconversion professionnelle. Elle devait, bien plutôt, se référer à l'activité initiale de son assurée, en tant qu'ouvrière dans une usine de conditionnement d'aliments. Dans cette activité, elle obtenait en 2003 un salaire annuel de CHF 45'500.- (cf. décision du 3 septembre 2004, dossier OAI, p. 150). Compte tenu de l'évolution des salaires nominaux (cf. tableau T39 de l'OFS), cela correspondrait à un revenu de CHF 52'393.05 en 2015. Ce montant doit être retenu comme salaire de valide. b) Sans faire une référence explicite aux limitations fonctionnelles retenues, l'OAI a considéré que la recourante était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée telle que celle d'ouvrière dans la production industrielle légère ou les services, telle que le montage à l'établi, le contrôle des produits finis, la conduite de machines semi-automatiques, l'usinage de pièces légères ou le conditionnement léger. Il s'est référé au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ci-après: ESS). Cela résiste à la critique. En effet, dès lors que cette enquête comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes de la recourante dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). En outre, le choix du niveau de compétence 1 permet de tenir compte du fait que l'assurée ne possède pas d'expérience dans ce domaine. En effet, l'ESS différencie quatre niveaux de compétences et, en principe, le niveau 1 vise les tâches physiques ou manuelles simples au sens de la classification internationale du type des professions, soit des tâches adaptées aux limitations fonctionnelles ici reconnues. Le montant de CHF 4'300.- figurant dans l'enquête (ESS 2010, TA1\_skill\_level, total, niveau de compétences 1, femmes) tient compte d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures alors que la durée usuelle du travail était en 2015 de 41.6 heures (CHF 4'472.-; cf. OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon les sections économiques et les cantons). En outre, ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (0.5 en 2015 pour les femmes), ce qui correspond à un montant de CHF 4'494.35, soit CHF 53'932.32 annuellement. En l'occurrence, le parallélisme des revenus ne trouve pas application. c) Dans ces circonstances, le degré d'invalidité découlant de la comparaison des revenus est insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente au vu du salaire de valide de CHF 52'393.05 et du salaire d'invalidé de CHF 53'932.32. Ce degré d'invalidité demeurerait insuffisant si le salaire d'invalidé était réduit – comme dans les décisions du 16

juillet 2004 et 3 septembre 2004 – d'un désavantage salarial de 25%.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10

#### **E. 6**

Il s'ensuit que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant versée par celle-ci. Pour les mêmes motifs, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de frais déjà versée, du même montant. III. Il n'est pas octroyé de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 16 avril 2018/pte Président Greffier-rapporteur

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