

FR_GERICHTE 608 2017 297 vom 29. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_297

FR: FR_GERICHTE 608 2017 297 du 29 août 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 297 del 29 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 13

novembre déjà, en lien avec une incapacité de travail liée à sa maternité. Par décision du 24 décembre 2003, l'OAI a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 4 décembre 2003, tout en constatant que l'assurée avait terminé sa formation avec succès et qu'elle était de ce fait apte à exercer une activité adaptée, lui permettant de réaliser un revenu excluant le droit à la rente. L'opposition formée par l'assurée, tendant au versement d'indemnités journalières jusqu'au 24 décembre 2004, a été rejetée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), désormais compétent, par décision sur opposition du 26 février 2004, laquelle a été confirmée par l'Instance de céans, par arrêt du 25 août 2005 (5S 04 105). B. Le 12 octobre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, dont il ressort notamment qu'elle n'a pas exercé d'activité lucrative salariée depuis la précédente procédure AI et qu'elle s'est consacrée à sa famille; elle a toutefois suivi une formation de comptabilité financière de septembre à décembre 2011. Au titre d'atteinte à la santé, elle fait valoir une connectivité d'étiologie indéterminée, se référant à un diagnostic posé en 2001. L'OAI a alors réuni divers avis médicaux, qu'il a soumis à l'appréciation du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR). Par décision du 6 novembre 2017, l'OAI lui a refusé le droit à une rente. Il a retenu en substance que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la précédente demande, se fondant sur l'avis du SMR, lequel retenait que l'assurée souffrait d'une affection non identifiée depuis 17 ans, sans signes cliniques objectivés et antérieure à la dernière décision entrée en force. C. Contre cette décision, A._____, représentée par Me Christophe Claude Maillard, avocat, interjette recours de droit administratif le 11 décembre 2017. Elle conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée, à charge pour cette dernière d'entreprendre des mesures d'instruction complémentaires, le tout sous Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 suite de frais et dépens. A l'appui de ses conclusions, elle invoque que les atteintes qui influençaient sa capacité de travail à l'époque diffèrent de celles qui la touchent actuellement et que son état de santé s'est fortement aggravé durant les trois dernières années. Elle reproche à l'OAI de s'être référé de manière prépondérante à l'avis rhumatologique du Prof. E._____, spécialiste en la matière qui ne l'a vue qu'une fois, qui entre en contradiction avec ceux de ses médecins traitants, qui la suivent de longue date et qui concluent à une incapacité totale de travail. Alléguant en outre la présence de douleurs chroniques, assimilables à un trouble somatoforme douloureux, elle requiert la mise sur pied d'une expertise interdisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Le 12

janvier 2018, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 31 janvier 2018, l'OAI résume l'évolution du dossier, en particulier au plan médical. Il se réfère principalement à l'avis du médecin SMR, en précisant que ce dernier a évalué la situation de l'assurée après examen de l'ensemble du dossier médical et conformément à la fonction de conseil qui lui est confiée. Il ajoute que le fait que le rhumatologue traitant n'a pas daigné prendre position, malgré de nombreux rappels, implique qu'il n'est pas nécessaire d'entreprendre une expertise bidisciplinaire, comme requis par l'assurée. Il termine en notant que l'assurée n'a pas contesté l'exigibilité médicale établie dans la décision rendue en 2004, confirmée sur recours, et que dite exigibilité peut être retenue pour statuer sur la nouvelle demande de prestations. Il conclut dès lors au rejet du recours. Un second échange d'écritures n'a pas modifié la position des parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), 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), 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. Selon l'art. 28 LAI, al. 1 ou 2, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 3. 3.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). En principe, les appréciations médicales ultérieures à la décision attaquée, qui marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal (ATF 129 V 1 consid. 2.1; 121 V 363 consid. 1b), ne peuvent être prises en compte que dans la mesure où elles apportent des informations utiles sur la situation médicale du recourant prévalant jusqu'à la date de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et 121 V 362 consid. 1b; arrêt TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351). Il y a en outre 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). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le 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). 3.2. Conformément à l'art. 59 al. 2 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). 4. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA - applicable par analogie en cas de nouvelles demandes après un refus de rente - 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). 5. En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si l'état de santé de la recourante s'est ou non aggravé depuis la précédente décision sur opposition du 26 février 2004, lui ayant implicitement refusé le droit à une rente en considérant qu'elle était désormais apte à exercer l'activité pour laquelle elle avait bénéficié d'une formation initiale. 5.1. Pour rendre cette première décision, les

documents médicaux suivants figuraient au dossier. - Dans un certificat médical du 17 juillet 1995 établi à l'attention de l'assurance perte de gain maladie, la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne générale œuvrant au sein de la Clinique G._____, posait le diagnostic de décompensation dépressive, ne permettant pas à l'assurée de poursuivre son apprentissage et nécessitant une hospitalisation. - Dans un rapport médical du 9 septembre 1996, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie à la Clinique G._____, retenait un diagnostic d'état dépressif chez une personnalité borderline. Indiquant que l'assurée était hospitalisée depuis plus d'une année, il recommandait de mettre en œuvre des mesures de reclassement professionnel, compte tenu de son âge et de son intelligence.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 - Le 16 septembre 1996, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale, établissait un diagnostic d'état dépressif, tout en précisant ne pas avoir revu l'assurée depuis avril 1995. - Le 28 janvier 1997, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie auprès de K._____, posait les diagnostics d'épisode dépressif moyen, actuellement en rémission (F32.1) et de trouble panique sévère (F41.01). Il notait une "nette amélioration par rapport au début du suivi en novembre 1996" et confirmait la possibilité d'envisager des mesures professionnelles. A l'anamnèse, il rappelait une première décompensation dépressive suite au décès subit de sa sœur, en 1990, avec des fluctuations thymiques ultérieures. Il signalait une aggravation début 1995, avec de fréquentes attaques de panique. Au status, il relevait une nette diminution de l'ampleur et de la fréquence des attaques de panique avec, progressivement, une humeur plus sereine. - Le 23 février suivant, ce même médecin confirmait l'indication à la mise sur pied immédiate de mesures professionnelles, dans une autre activité toutefois que celle exercée précédemment (typographe). - Dans un rapport du 2 avril 2001, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, posait le diagnostic de polyarthropathie inflammatoire et de probable maladie du collagène. Notant l'apparition de douleurs articulaires diffuses en automne 2000 et la mise en évidence de signes biologiques en faveur d'une maladie du collagène, il lui était difficile de poser un pronostic, dès lors que la maladie était en début d'évolution. Il établissait une contre-indication à une activité en cuisine, mais suggérait une activité n'impliquant pas trop l'utilisation des mains, comme l'informatique, et sans surcharge articulaire des membres supérieurs. Il recommandait un reclassement sans tarder. Compte tenu de la réussite des mesures professionnelles suivies en 2003, l'OAI a, par décision du 24 décembre 2003, retenu que l'assurée était apte à exercer une activité (agente de voyage) permettant d'exclure le droit à une rente. 5.2. Dans le cadre de la nouvelle demande, les documents médicaux suivants ont été produits: - Dans un rapport du 11 août 2016, le Prof. E._____, spécialiste en rhumatologie et médecin chef au service de rhumatologie de M._____, pose les diagnostics suivants: polyarthrite sur une connectivite non classifiable, fibromyalgie secondaire, intolérance à de multiples médicaments. - Le 16 mars 2017, la Dresse N._____ atteste d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, avec changement dans les diagnostics: "confirmation de polyarthrite sur connectivite, modification du "status" douloureux, passage de douleurs sévères à épuisement physique, exacerbation des douleurs neuropathiques [...]". Elle en déduit une incapacité totale avérée. - Le 23 mars 2017, la Dresse O._____, généraliste traitante, rapporte quant à elle un état de santé stationnaire, sans changement dans les diagnostics, avec la persistance de douleurs diffuses et d'une importante fatigue. A l'instar de la Dresse N._____, elle renvoie au suivi assuré par le Dr P._____. - Le 2 août 2017, le Dr Q._____, médecin SMR, reprend les différents avis médicaux et constate que "l'affection annoncée est présente depuis 17 ans, sans qu'aucun diagnostic précis n'ait pu être posé et qu'elle s'accompagne

d'une fibromyalgie. Actuellement, il n'y a aucun signe

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 inflammatoire au status clinique (cf. rapport du Prof. E._____). On ne peut donc pas retenir les limitations fonctionnelles somatiques et par conséquent pas non plus une incapacité de travail. Le seul médecin attestant actuellement une incapacité de travail la motive par des douleurs et la fatigue, qui sont des éléments subjectifs, sans substrat organique démontré". Il conclut à l'absence de fait nouveau attesté sur le plan médical depuis la dernière décision, de même que de motif d'incapacité de travail durable au sens de l'AI. - Le 20 octobre 2017, suite aux objections du mandataire de l'assurée au projet de décision rendu par l'OAI, ce même médecin SMR note qu'aucune nouvelle pièce médicale n'a été versée au dossier depuis sa dernière prise de position. Il confirme dès lors ses précédentes conclusions. 5.3. Postérieurement à la décision litigieuse, le 8 mars 2018, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie traitant, adresse à l'OAI un rapport dans lequel il rappelle tout d'abord que l'assurée présente une connectivite mixte depuis 2001 et qu'elle a débuté un traitement prescrit par le Dr L._____, qui a eu un bon effet, avec rémission jusqu'en 2014. Il indique que l'assurée l'a consulté dès 2015, suite à une décompensation, avec des douleurs articulaires et une fatigue très importante. Le traitement mis en place a permis une brève amélioration, mais une nouvelle décompensation s'est produite au début 2016. Un nouveau traitement permet de juguler les douleurs, mais au prix d'importants effets secondaires, qui dissuadent du maintien à long terme de dudit traitement. Le Dr P._____ a alors adressé l'assurée au Prof. E._____, lequel a confirmé la connectivite mixte et a proposé un nouveau traitement, en raison d'effets secondaires et en l'absence de l'effet escompté. Une autre thérapie, orientée vers le traitement d'atteintes de type polyarthrite rhumatoïde, est également peu concluante. Indiquant avoir adressé sa patiente à un confrère, il estime que celle-ci présente une capacité de travail de 50% au plus, dans toute activité. 5.4. Appelée à statuer, la Cour de céans retient qu'à l'origine, c'était exclusivement la sphère psychiatrique (trouble anxieux et dépressif, borderline) qui interférait avec la capacité de travail. Alors que des signes d'amélioration pointaient, suite à l'hospitalisation et à la prise en charge spécialisée, une composante à caractère rhumatologique est apparue sous la forme d'un rhumatisme inflammatoire, lors du stage de cuisinière suivi par l'assurée en 2000. C'est dans ce contexte qu'une formation d'agente de voyage a été octroyée par l'OAI à cette dernière. Dans le cadre de la nouvelle demande, la composante psychiatrique n'est plus évoquée et la problématique se concentre désormais sur l'aspect rhumatologique. A cet égard, la Cour constate que la décision litigieuse se réfère à l'avis du médecin SMR, lequel insiste particulièrement sur le fait que le diagnostic invoqué par cette dernière pour appuyer sa nouvelle demande est le même que celui qui prévalait lors de la précédente procédure. Or, il convient de rappeler qu'un même diagnostic peut constituer un motif de révision, si son influence sur la capacité de travail s'est modifiée. Il convient en l'occurrence de faire preuve d'autant plus de prudence que la problématique rhumatologique, aujourd'hui déterminante, n'a été que très peu investiguée à l'époque: l'unique rapport établi par le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, décrivait en des termes prudents la situation de l'assurée, évoquant notamment un pronostic difficile. Qui plus est, cette dernière n'a jamais travaillé depuis, en particulier dans la profession nouvellement apprise, de sorte qu'il est difficile de tirer une quelconque conclusion sur sa capacité de travail et sur l'influence que l'atteinte pourrait actuellement avoir sur cette dernière.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 A l'instar du médecin SMR, on doit concéder que le rapport établi par le Dr E. _____ ne permet pas de tirer de réelle conclusion. Bien qu'il mentionne, outre le diagnostic déjà connu de polyarthrite sur connectivite non classifiable, celui, nouveau, de fibromyalgie secondaire, il n'en demeure pas moins qu'il ne s'exprime pas sur la capacité de travail de l'assurée ni sur son évolution. Il s'agit bien plutôt de fournir des conseils à son confrère, le Dr P. _____, dans le but de trouver un traitement adapté. Ledit Dr P. _____ n'a certes pas remis de rapport médical dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI - ce que ce dernier a d'ailleurs déploré – mais il s'est toutefois déterminé en détail sur la situation de sa patiente dans son rapport du 8 mars 2018, adressé directement à l'OAI, puis déposé à l'appui des contre-observations, sans que ce dernier n'y réagisse, notamment dans ses ultimes remarques. Quand bien même ledit rapport a été établi postérieurement à la décision litigieuse, il est néanmoins possible de s'y référer, conformément à la jurisprudence (cf. supra consid. 3.1): il porte en effet sur la situation médicale de la recourante antérieure à la décision. Ce rapport apporte en effet des informations sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis qu'elle a commencé à consulter le Dr P. _____. Il met en particulier l'accent sur les décompensations intervenues depuis 2014, après une longue période de rémission, qui n'ont pu être enrayerées durablement malgré l'adaptation du traitement médicamenteux, ce qui explique que le Dr P. _____ a finalement pris contact avec le Dr E. _____. Il conclut en l'état à une incapacité de travail de 50%. Force est de constater que cet avis, émis par un spécialiste en rhumatologie ayant une bonne connaissance de la situation de la recourante, remet en question les conclusions du médecin SMR, lequel n'est au demeurant pas spécialiste dans ce domaine et n'a pas examiné personnellement la recourante. L'éventualité d'une aggravation de l'état de santé de cette dernière, telle qu'elle ressort de l'avis précité, justifie la mise sur pied de mesures d'instruction supplémentaires, en particulier au niveau rhumatologique. Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. supra consid. 3.1 in fine), il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle reprenne l'instruction dans le sens des considérants, pour établir si une aggravation de l'état de santé est intervenue, avec incidence sur la capacité de travail, et rendre une nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. 6. Au vu de l'admission du recours, les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant consentie par la recourante lui sera restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens. Le 24 août 2018, le mandataire de cette dernière a produit une liste de frais totalisant un montant de CHF 9'078.10 (CHF 7'812.40 d'honoraires pour 31h15 à CHF 250.-/heure et 1h40 à CHF 120.- /h [stagiaire], CHF 400.60 de débours et CHF 665.10 de TVA à 8 et 7.7%). La durée déterminante pour les honoraires (près de 33 heures) dépasse ce qui est raisonnablement admis dans ce type de cas et n'est, en tous les cas, pas justifiée par la difficulté et l'importance de l'affaire. La Cour constate par ailleurs que les débours ont été fixés à forfait, à raison de 5% des honoraires, en contradiction avec l'art. 9 al. 1 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), qui prévoit que les débours nécessaires sont remboursés au prix coûtant. En l'absence de liste détaillée permettant de distinguer quelles sont les opérations qui peuvent être cas échéant prises en compte et pour quels montants, une somme forfaitaire globale de CHF 150.- sera dès lors allouée au titre de débours. Vu ce qui précède, il se justifie ainsi de fixer ex aequo et bono l'indemnité de partie à raison de 20 heures à CHF

250.-, soit CHF 5'000.-, plus CHF 150.- de débours, plus CHF 412.- au titre de la TVA à 8% (la majorité des opérations ayant été effectuée avant le 1er janvier 2018), soit un total de CHF 5'562.-, indemnité intégralement mise à la charge de l'OAI. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais du même montant sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent jugement. III. L'équitable indemnité allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 5'000.-, plus CHF 150.- de débours, plus CHF 412.- au titre de la TVA à 8%, soit à CHF 5'562.-, et mise intégralement à la charge de l'OAI. 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 29 août 2018/mba Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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