

FR_GERICHTE 608 2018 135 vom 19. August 2019

FR Kantonsgericht, 2019-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_135

FR: FR_GERICHTE 608 2018 135 du 19 août 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 135 del 19 agosto 2019

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 par un assuré directement touché par la décision, le recours est recevable.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt TF 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 in SVR 2011 IV Nr. 3). S'agissant de l'octroi d'une mesure de reclassement, est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum

fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

E. 2.2

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). De jurisprudence constante, une certaine réserve est, cas échéant, de mise s'agissant de 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).

E. 2.3

Selon l'art. 43 LPGA, l'OAI examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 132 V 93 consid. 4), l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) précise que si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est en outre pas absolu dans la mesure où sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela

peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Conformément au principe inquisitoire, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101, Cst.). Conformément à l'art. 61 let. c seconde phrase LPGA, la maxime inquisitoire est applicable à la procédure judiciaire cantonale. En vertu de ce principe, il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer cas échéant les preuves nécessaires. En général, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation, ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime est cependant relativisée par son corollaire, le devoir de collaborer des parties au sens de l'art. 61 let. c première phrase LPGA, lequel comprend l'obligation d'apporter les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués dans la mesure où cela est raisonnablement exigible.

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'AI.

E. 3.1

Le recourant évoque d'abord une violation de son droit d'être entendu. Ce grief n'est pas justifié. Conformément à son devoir, déduit du droit d'être entendu, de motiver sa décision afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient, l'administration a mentionné, même si brièvement, les motifs qui l'ont guidée pour fonder sa décision. Etant rappelé en outre qu'elle avait préalablement déjà indiqué projeter un refus de prestations AI faute d'atteinte invalidante existante eu égard au dossier médical et à ses investigations menées, qu'un délai avait été donné à l'intéressé pour présenter ses objections, et

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 qu'il avait en particulier le droit de consulter le dossier et de participer à l'administration des preuves. Elle pouvait en outre considérer que les éléments présentés dans les objections n'étaient pas déterminants (ni au reste nouveaux; cf. infra) en particulier quant à l'existence d'une atteinte invalidante, et ne pas les discuter plus avant, sans que l'assuré n'ait pour autant été empêché de discerner les motifs ayant guidé sa décision. Ce dont atteste le contenu de son recours. Enfin et en tout état de cause, même si avérée, la violation du droit d'être entendu alléguée ne saurait en aucun avoir été d'une gravité particulière empêchant sa réparation du fait de la possibilité de l'assuré de

s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Son grief doit dès lors bel et bien être rejeté.

E. 3.2

S'agissant du fond, ressortent du dossier les éléments médicaux suivants:

E. 3.2.1

Dans ses réponses du 25 septembre 2017 à la demande de renseignements de l'Office (dos. OAI 31), le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis octobre 2016, retient, pour justifier l'incapacité de travail de l'assuré, les diagnostics de trouble de l'adaptation mixte (F43.25), depuis le 22 octobre 2016, et de déficit de l'attention (F90.0), existant depuis l'enfance, décompensé dans le cadre du trouble de l'attention. Une reprise de l'activité de "supply finance manager" n'est pas médicalement soutenue, il y a une contre-indication médicale persistante avec risque de burnout élevé. A la question de savoir si une reprise complète auprès d'un autre employeur ou d'une reprise partielle de cette activité est médicalement soutenue et quelle sera alors la capacité de travail future maximale, il répond: "Projet de réinsertion professionnelle avec mesures adaptées"; s'agissant de l'évolution du taux de capacité et du rendement de son patient, il indique que cela sera à déterminer. L'état de santé est stabilisé avec une aptitude à suivre des mesures professionnelles adaptées de type coaching et bilan de compétences. La question d'une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles à respecter pour définir les mesures indiquées sont, selon lui, à déterminer dans le cadre de l'examen de celles-ci. Une capacité de travail entière dans une activité adaptée est attendue après ces dernières; mais s'agissant de quand (évolution du taux et du rendement), cela devra également être déterminé dans le cadre des mesures professionnelles. Le praticien n'a pas de suggestions à formuler. Ces réponses constituent les seuls éléments médicaux produits par l'assuré et auxquels il se réfère dans ses objections et dans la procédure de recours.

E. 3.2.2

Appelé à se déterminer sur le rapport d'entretien INTAKE du 29 août 2017 (dos. OAI 25), singulièrement sur le questionnaire et les réponses du psychiatre traitant susmentionnés, le Service médical régional (SMR), Dr C. _____, spécialiste psychiatrie et psychothérapie, psychiatrie et psychothérapie d'enfants et adolescents, indique, le 31 octobre 2017 (dos. OAI 37), s'agissant de l'existence ou non d'une atteinte à la santé selon la LAI, que le TDAH n'est pas du tout documenté et n'a pas empêché l'assuré de suivre ses études et d'entamer une carrière professionnelle à un haut niveau; de plus, il n'y a pas de traitement instauré pour ce type d'atteinte. Quant au trouble de l'adaptation mixte, il ne devrait durer, selon la littérature, que six mois, ce qui n'est pas compatible avec une si longue incapacité de travail comme en l'espèce. Selon lui, il s'agit plus d'une réaction à différents événements traumatisants vécus. Les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré sont le risque de se sentir rapidement sous pression. C'est dans ce sens qu'il a besoin d'un soutien. Afin d'éviter l'installation dans un état de dépendance, l'assuré doit absolument reprendre une activité professionnelle à plein temps dans les meilleurs délais.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10

E. 3.3

A ces déterminations de médecins peuvent encore être ajoutées les indications suivantes fournies par l'assuré: Lors de l'entretien du 29 août 2017 précité (dos. OAI 25), l'intéressé a

expliqué avoir toujours travaillé dans le domaine de la finance (dès 1997-1998), y compris pendant ses études supérieures débutées mais non achevées pour des motifs financiers. Il a été actif, à 100%, auprès du même employeur depuis 2006. L'année 2016 fut très difficile pour lui, pour des motifs personnels et familiaux ([...], l'état émotionnel étant ingérable); des troubles du sommeil et des crises d'angoisse apparurent alors, et il ne réussit pas à gérer cette situation. Celle-ci se compliqua en outre par la suite au niveau de son poste de travail, dans la mesure où, dans le cadre d'une restructuration, son employeur supprima la possibilité d'effectuer du télétravail, comme il le faisait deux jours par semaine, ce qui occasionna des trajets supplémentaires en train pour et de D._____. Enfin, en suite de la naissance de son dernier enfant, en eee, des difficultés et tensions apparurent dans le couple (présentes durant la grossesse), et la "connexion" avec cet enfant ne fut pas immédiate. Mais la situation s'est améliorée, les dernières vacances ont fait du bien. Il a souffert d'un burnout et, depuis eee, celui-ci a été associé à un TDAH mis alors en évidence, et qui n'était pas médicamenté, le sport et l'activité physique lui permettant de se dépenser. Le suivi psychothérapeutique est le seul traitement actuellement en place, mais l'assuré a indiqué prendre deux médicaments, un antidépresseur et un anxiolytique (ce dernier, au besoin); il n'y a pas eu d'hospitalisation. L'humeur s'est stabilisée avec la prise de médicaments, mais il se décrit comme plus "absent" (moins concentré/avec des oublis fréquents). Son sommeil est en amélioration. Des troubles de concentration sont présents et il mentionne comme principale limitation des capacités intellectuelles limitées. Une fatigue persiste également, mais les crises d'angoisses ont fortement diminué en intensité et en durée (pas vraiment en fréquence). Selon lui, son médecin aurait contre-indiqué toute reprise dans le domaine de la finance. Il envisage tout soutien, respectivement, à la reprise de son activité habituelle et à une réinsertion sur le marché de l'emploi, ne se sent pas incapable de travailler (il indique être très manuel) et souhaite bénéficier d'un bilan de compétences / [sic] d'une mesure d'orientation professionnelle, indiquant en effet être tombé par hasard dans le domaine de la finance. Le 14 novembre 2017 (cf. rapport d'évaluation IP, dos. OAI 38), il a précisé que son état de santé se stabilisait; il était plus reposé. Il était traité pour son hyperactivité et était sous anxiolytique. Il était alors suivi deux fois par mois par une psychologue, en délégation de son psychiatre traitant, qu'il voyait une fois par mois; il y a eu une amélioration quant au travail thérapeutique effectué et quant aux relations familiales, qui se sont apaisées. Son sommeil était mauvais, agité, avec une peine à l'endormissement. Il avait environ 2 à 3 crises d'angoisses hebdomadaires, prenant alors un anxiolytique. Sa capacité de concentration s'est améliorée avec le traitement de l'hyperactivité, mais il doute de ses capacités à enregistrer des informations, devant tout noter pour ne rien oublier. Il n'avait alors plus de lien avec la hiérarchie de son ancien employeur, seul demeurait un lien régulier avec le médecin-conseil de celui-ci; des collègues l'ont tenu encore un peu au courant de l'évolution; il a appris que ses supérieurs avaient changé. Il croyait en ses capacités à suivre une nouvelle formation. Il pourrait reprendre son activité, mais pense ne pas tenir longtemps avant de décompenser à nouveau, ayant beaucoup de peine à filtrer les informations, ce qui lui prend beaucoup d'énergie. Avec son psychiatre, ils sont d'avis qu'il doit se réorienter professionnellement, mais il ne sait pas dans quoi, souhaitant ainsi un bilan de compétences. Lors de ce dernier entretien, l'assuré a été avisé qu'en l'état actuel du dossier, l'OAI ne pourrait soutenir d'autres mesures que celles dans le cadre de l'IP, et qu'il devait réfléchir aux

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 conséquences d'une non-reprise de son ancienne activité et des répercussions financières que cela pouvait entraîner.

E. 3.4

Au vu de ce qui précède, la Cour retient, avec le psychiatre du SMR, que n'existe en l'espèce aucune atteinte à la santé invalidante. Dit autrement, les affections retenues par le psychiatre traitant ne sauraient en l'espèce avoir, au sens de l'assurance-invalidité, un effet déterminant et durable sur la capacité de gain. Le degré d'invalidité minimal de, respectivement, 40% pour ouvrir le droit à une rente, et de 20% pour celui à des mesures d'ordre professionnel, ne saurait en tout état de cause être atteint, l'assuré étant en mesure de reprendre l'activité lucrative habituelle sans que n'intervienne une perte de gain atteignant lesdits taux. Le trouble de l'adaptation mixte invoqué trouve clairement son origine avant tout dans les difficultés familiales rencontrées par l'assuré en 2016. Et pour compréhensible que puisse apparaître une certaine réaction à ces facteurs de stress, il n'y a aucun élément justifiant de s'écarter de l'avis du SMR selon lequel au plus tard six mois après ceux-ci, et à tout le moins lors du dépôt de la demande de prestations AI, il ne devait plus exister d'influence (déterminante) sur la capacité de travail. L'amélioration de la situation tant sur le plan personnel que de celui de l'état de santé a été au reste rapportée par le psychiatre traitant et l'assuré. La poursuite, au besoin, du suivi thérapeutique est à même de fournir le soutien nécessaire à ce dernier. S'agissant du risque élevé d'un burnout mentionné en cas de reprise de l'activité habituelle, l'on ajoutera qu'un épuisement professionnel n'est pas considéré, en droit de l'assurance-invalidité, comme une atteinte invalidante, notamment en raison de sa nature réactionnelle (cf. arrêt TF 9C_468/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.2 et les références). Par surabondance, on relèvera que l'organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa 11ème révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11), ne classe pas cette affection parmi les maladies. Et que selon la définition qu'elle en donne, cet épuisement représente un syndrome conceptualisé résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès; or, ici, l'assuré n'a pas même mis en avant avoir connu un tel stress mal géré au cours de sa carrière depuis de nombreuses années auprès de son employeur. La seule suppression de la possibilité du télétravail intervenue peu de temps avant son arrêt de travail ne pouvait constituer un motif objectif médical empêchant une reprise de son activité, comme proposé par son employeur, avec lequel il était toujours sous contrat lors de la procédure antérieure. Quant au TDAH diagnostiqué par le psychiatre traitant, et qui serait présent depuis l'enfance, il n'a effectivement pas empêché l'assuré d'obtenir une maturité scientifique et de débiter des études supérieures interrompues uniquement pour des motifs financiers, ni de réaliser pendant une vingtaine d'années une solide carrière professionnelle. Qu'une éventuelle décompensation soit intervenue en lien avec le trouble de l'adaptation (en 2016) ne saurait avoir aucune influence ici: à l'instar de celui-ci, il a dû s'amender après quelques mois, ce dont atteste le fait que l'assuré ne fait valoir aucun traitement médicamenteux initialement, expliquant soigner son hyperactivité en se dépensant par le sport, le bricolage, etc., et qu'ultérieurement, la prise d'un médicament pour soigner le TDAH a (rapidement) amené une amélioration de la situation quant à la concentration notamment. L'assuré n'a d'ailleurs aucunement fait valoir qu'il aurait rencontré des difficultés pour effectuer son bilan de compétences, ni que cette atteinte empêcherait la poursuite de l'activité habituelle, mais pas de nouvelles, malgré un apprentissage à acquérir en sus. En résumé, et outre la certaine réserve qu'il y a lieu d'avoir cas échéant quant à l'appréciation d'un médecin traitant, la Cour retient que les atteintes dont souffre l'assuré, selon son psychiatre, ont

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 été en tout état de cause de durées limitées, réactionnelles et accessibles aux traitements appropriés, de sorte qu'un effet invalidant au

sens de l'assurance-invalidité doit leur être dénié (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 7.2.1; 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3; chacun avec les références). Le bilan de carrière effectué ne change en rien ce qui précède. Il ne constitue pas une pièce médicale, n'atteste de nulle atteinte à la santé, singulièrement de nulle impossibilité de reprendre l'activité habituelle à son dernier poste, ou une autre activité financière, sans perte de gain de 20% au moins. Outre qu'y sont mises en exergue les nombreuses compétences acquises dans ce domaine financier dans lequel il serait tombé par hasard, mais est tout de même resté une vingtaine d'années, l'on soulignera que pour respectable que puisse être une envie de changer d'orientation professionnelle pour adopter un domaine qui correspondrait plus à ses aspirations profondes et à ses valeurs – voire qui permettrait un rapprochement avec la famille, une diminution des heures de travail –, ce choix n'est pas fondé sur une atteinte à la santé déterminante au sens de l'assurance-invalidité et ne doit pas être supporté par celle-ci quant à la perte de gain qu'il occasionnerait et aux mesures professionnelles qu'il requerrait. Dès lors, sur le vu du dossier constitué, c'est à bon droit que l'OAI a renoncé à obtenir des éclaircissements médicaux supplémentaires, que n'a au demeurant pas non plus amenés l'assuré, même en procédure de recours. La Cour de céans en fera de même, les éléments qu'elle retient présentant un degré de vraisemblance prépondérant et d'autres mesures probatoires ne pouvant modifier cette appréciation (anticipée) des preuves. Enfin, on rappellera que le but d'une mesure de réadaptation est le rétablissement, le maintien ou l'amélioration de la capacité de gain, et que, même si celle-ci était mise en péril en l'espèce, ce qui n'est pas, l'assuré n'étant ni invalide ni menacé d'une invalidité, ses préférences quant au choix du genre de reclassement, si elles auraient dues être prises en considération, n'auraient pu toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

E. 4

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, et le recours, rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais d'un même montant. Il ne sera pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et seront prélevés sur son avance de frais, d'un même montant. III. Il n'est pas alloué 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 19 août 2019/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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