

# FR\_GERICHTE 608 2018 65 vom 28. November 2018

FR Kantonsgericht, 2018-11-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_65](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_65)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 65 du 28 novembre 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 65 del 28 novembre 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 14

mars 2011, l'OAI a pris acte du refus de l'assuré de se soumettre à une expertise auprès de ces deux spécialistes, a confirmé qu'il n'existait aucun motif de récusation à l'encontre de ceux-ci et a également constaté que l'assuré n'avait pas fourni d'indications sur son suivi médical actuel. Il a par conséquent rejeté la demande de prestations. Par jugement du 15 octobre 2013 (605 2011 121), le Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé par l'assuré à l'encontre de cette dernière décision. Cette décision n'a pas été attaquée. B. A.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande en janvier 2015, faisant valoir des douleurs chroniques au dos suite à un accident de travail. Après avoir dans un premier temps envisagé de refuser d'entrer en matière sur cette demande, de nouveaux documents médicaux, produits à l'appui des objections, ont conduit l'OAI, sur recommandation du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), à reprendre l'instruction de l'affaire. Des avis médicaux ont été requis de la part des différents médecins traitants (généraliste, rhumatologue, cardiologue et psychiatre).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 A la suite du projet de décision refusant l'octroi de prestations, de nouveaux rapports ont été produits. Le SMR a alors préconisé la mise sur pied d'une expertise, laquelle a été confiée au centre médical d'expertises E.\_\_\_\_\_ SA et comprenait les volets suivants: psychiatrie, rhumatologie, cardiologie, pneumologie et médecine interne générale. Sur la base des conclusions figurant dans le rapport du 6 octobre 2017 - dont il ressort en substance que l'assuré dispose, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail entière avec diminution de rendement de 20% depuis le 14 mars 2011 -, l'OAI a refusé l'octroi de prestations, par décision du 7 février 2018, retenant l'absence de péjoration de l'état de santé. C. Contre cette décision, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Daniel Känel, interjette recours de droit administratif le 13 mars 2018 auprès du Tribunal cantonal. A l'appui de son recours, il invoque une mauvaise évaluation de sa situation, remettant en particulier en cause les conclusions retenues par les différents experts et y opposant l'avis de ses médecins traitants. Il estime que l'OAI n'a pas pris correctement en considération ses différentes atteintes et leur influence sur sa capacité de travail. Il conclut dès lors, principalement, que l'OAI détermine à nouveau son degré d'invalidité, en tenant notamment compte d'une réduction d'au moins 20% au titre de désavantage salarial et d'une diminution de rendement d'environ 20% dans toute activité professionnelle. Subsidiairement, il requiert le renvoi du dossier à l'autorité intimée pour qu'une expertise complémentaire soit mise en œuvre. Le 14 mars 2018, il dépose un rapport établi le 13 mars 2018 par son cardiologue traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_. Le 9 avril 2018, il s'est acquitté d'une

avance de frais de CHF 800.-. Le même jour, il dépose un rapport établi le 21 mars précédent par son rhumatologue traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_. Dans ses observations du 25 mai 2018, l'OAI rappelle brièvement l'évolution du dossier et précise en particulier que les rapports remis postérieurement au recours ont été soumis pour avis aux experts de E.\_\_\_\_\_ SA, lesquels ont confirmé leurs conclusions. Il conclut dès lors au rejet du recours. Par contre-observations du 27 juin 2018, le recourant déplore certains termes utilisés par l'OAI et remet deux nouveaux rapports médicaux, l'un de son rhumatologue traitant, l'autre de la Dresse H.\_\_\_\_\_, généraliste traitante, dans le but de démontrer que sa capacité de travail est nulle, depuis plusieurs années. Il précise également que suite à une opération subie en novembre 2017, il n'est plus en mesure de s'alimenter correctement et subit depuis une importante perte de poids. Le 5 juillet 2018, l'autorité intimée a renoncé à se déterminer à nouveau et campe sur sa position. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 2.1. 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. D'après l'art. 28 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. 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 donc 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 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 2.2. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la

mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Dans l'ATF 143 V 418 (consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a étendu la portée de cette jurisprudence à toutes les affections psychiques. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; 137 V 210 consid. 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

2.3. 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. 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 2.4. 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 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C\_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées). 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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008), 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. 3. En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. 3.1. Il convient tout d'abord de rappeler que la décision rendue en dernier lieu par l'OAI, soit celle du 14 mars 2011, avait fait l'objet d'un recours de l'assuré. Le Tribunal de céans avait notamment retenu, dans son arrêt du 15 octobre 2013, que celui-ci avait refusé à tort de participer à une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès du Dr D. \_\_\_\_\_ et du Dr C. \_\_\_\_\_, dont le but était d'examiner son état de santé à partir du 29 mars 2001. Le Tribunal a dès lors admis que l'OAI était fondé à se prononcer en l'état du dossier et à conclure à l'absence d'aggravation de l'état de santé depuis mars 2001. Cet arrêt est entré en force sans avoir été contesté. Précédemment, la mise en place d'une expertise faisait suite à un arrêt antérieur du Tribunal cantonal du 23 avril 2010 (605 2008 9), dans lequel ce dernier avait conclu que le dossier ne permettait pas d'évaluer la présence d'une chronicisation du syndrome douloureux, ni celle d'une

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 comorbidité. C'est la raison pour laquelle il avait renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier de compléter l'instruction à cet égard. Là encore, la situation médicale du recourant n'a pas proprement été investiguée. Compte tenu de ce qui précède, une comparaison de la situation actuelle avec l'état de fait existant lors de la dernière décision ne fait pas sens. Dans la mesure où les rapports médicaux datant d'avant 2011 ont été considérés comme n'ayant pas de valeur probante par l'Instance de céans et qu'aucune expertise n'a pu être réalisée en raison de la non-collaboration de

l'assuré, il y a lieu de se pencher sur les rapports médicaux produits depuis 2011 afin de déterminer si son état de santé et sa capacité de travail justifient l'octroi d'une rente. 3.2. Pour fonder sa nouvelle demande, le recourant annonce des "douleurs chroniques du dos suite à un accident de travail". Les rapports suivants sont produits par la suite: - Le 8 juillet 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin généraliste œuvrant auprès du SMR, prend position sur les rapports remis par l'assuré à l'appui de ses objections au projet de l'OAI de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il confirme que de nouveaux éléments (dysfonction cardiaque et trouble dépressif récurrent) figurent dans lesdits rapports (i.e. rapport de sortie du 9 avril 2015 suite à une hospitalisation à l'Hôpital cantonal de Fribourg, courrier du

#### **E. 16**

avril 2015 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, généraliste traitante, courrier du 5 décembre 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_, cardiologue traitant, et courrier du 2 décembre 2014 du Dr G. \_\_\_\_\_, rhumatologue traitant) qui rendent plausibles une aggravation et justifie une entrée en matière. - Dans un rapport du 21 juillet 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, retient principalement le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive à des problèmes de santé somatique (F43.2). Après un rappel anamnestique, il note qu'"il s'agit d'une situation dramatique dont les atteintes dans sa santé tant physique que psychologique se multiplient et s'amplifient et en conclusion je le considère inapte à toute éventuelle activité lucrative. Le pronostic est donc défavorable". - Le Dr F. \_\_\_\_\_, cardiologue traitant, retient les diagnostics suivants dans son rapport du 29 juillet 2015: maladie coronarienne monotronculaire, syndrome douloureux, état dépressif. A l'anamnèse, il rappelle que suite à son hospitalisation en avril précédent, l'état de santé de l'assuré s'est légèrement amélioré; mais il présente à nouveau une recrudescence douloureuse depuis un mois environ. A la discussion, il constate "une évolution cardiovasculaire tout-à-fait rassurante", laquelle est toutefois compliquée par un syndrome douloureux mal systématisé. - Le 19 août 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, pose le diagnostic de syndrome douloureux chronique touchant le rachis lombaire associé à des cures de hernies discales L5-S1. Le pronostic est médiocre quant à une reprise du travail. Il note l'absence d'évolution depuis 1997, malgré les différentes thérapies effectuées, ainsi que l'apparition de problèmes cardiologiques et respiratoires, depuis 2012. Selon lui, une activité n'est plus possible en raison de l'atteinte à la santé. Le médecin SMR estime, le 24 septembre 2015, que ces rapports ne confirment pas la présence d'une aggravation de l'état de santé.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Ultérieurement au projet de décision rendu le 14 octobre suivant par l'OAI, envisageant de refuser l'octroi de prestations au recourant, de nouveaux rapports ont été produits par les médecins traitants: - Le 23 octobre 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_ confirme une incapacité de travail définitive, dans toute activité. "Depuis le mois de juillet dernier, j'ai vu le patient à plusieurs reprises, le dernier contrôle remontant au 16 octobre dernier et je n'ai observé aucun signe d'amélioration dans sa santé physique ou psychologique [...]". - Le 13 novembre 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_ relève notamment que "ce qui a changé sur le plan clinique ce sont les nombreux diagnostics cardiaques et pulmonaires que le patient a présentés depuis 2012 ce qui grève manifestement sa capacité de travail résiduelle". Il confirme également une incapacité totale de travail: "en raison de son syndrome de déconditionnement sur le plan rhumatologique, il est impossible que le patient susnommé puisse répondre, même partiellement, aux demandes d'un employeur". - Le 20 novembre 2015, la Dresse H. \_\_\_\_\_ expose la liste des problèmes constatés depuis

2011, début de sa consultation: cardiopathie ischémique, état dépressif chronicisé, fracture traumatique de la colonne vertébrale, syndrome d'apnée du sommeil. "Dans l'ensemble, tous les problèmes de santé suscités occasionnent une qualité de vie nettement diminuée pour ce patient et rendent à mon sens toute activité professionnelle impossible. De plus, au vu de l'âge, des co- morbidités, de l'important traitement médicamenteux, de la longue inactivité dans le monde professionnel et du niveau de formation professionnelle du patient, etc., il est illusoire que ce patient puisse être engagé par un employeur quel qu'il soit. Je pense sincèrement qu'il n'y a aucun espoir d'améliorer son état de santé". - Le 24 novembre 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ reprend les diagnostics précédemment posés. Rappelant les interventions pratiquées sur le patient en 2012 (angioplastie de l'artère coronaire interventriculaire antérieure après infarctus) et 2013 (thrombose de stent), il relève que celui-ci présente, depuis 2014, un suivi clinique compliqué. "En effet, alors que sur le plan cardiovasculaire, l'état est compensé, la survenue de deux infarctus "dans un ciel bleu" a été très difficile à vivre pour le patient avec sensation de désécurisation importante. Ceci a conduit à des troubles de l'adaptation avec une réaction dépressive et possiblement à un stress post-traumatique. A la dernière consultation, A. \_\_\_\_\_ présentait essentiellement des troubles somatoformes douloureux avec des douleurs thoraciques et dorsales intolérables [...]". Sur la base de ces nouveaux rapports, le médecin SMR a conclu, le 25 novembre 2015, à la nécessité de soumettre l'assuré à une expertise pluridisciplinaire. Le Centre médical E. \_\_\_\_\_ SA remet son rapport le 6 octobre 2017, à laquelle cinq experts ont participé: le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et enfin le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Après un rappel de l'historique médical, les experts ont recueilli les informations de la part de l'assuré, et notamment ses plaintes. Au terme de l'anamnèse et de l'examen clinique, comprenant un examen cardiologique complémentaire, les experts rappellent les principaux événements médicaux: une chute sur le dos en 1993, avec une hernie discale opérée la même année, puis à

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 nouveau en 1997; un syndrome d'apnées du sommeil depuis 1999; un infarctus en 2012, traité, avec récurrence en 2013 et nouveau traitement. Sur le plan de la médecine interne, l'expert concerné considère qu'"il n'y a pas d'atteinte avec répercussion sur la capacité de travail dans une activité quelle qu'elle soit". Sur le plan cardiologique, le Dr L. \_\_\_\_\_ constate une situation coronarienne stabilisée ainsi que l'absence d'élément clinique ou biologique évoquant une insuffisance cardiaque. Au volet pneumologique, un syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère est confirmé, mais n'entraîne pas d'incapacité de travail dès lors qu'une grande partie des symptômes sont corrigés par l'assistance respiratoire nocturne. Sous l'angle orthopédique, "le bilan a mis en évidence une sténose canalaire lombaire. Il y a également des signes de séquelles de la hernie discale L5-S1 opérée en 1993. Il existe également des douleurs de l'épaule droite très vraisemblablement en rapport avec une tendinite de la coiffe des rotateurs traitée actuellement efficacement par des infiltrations". Enfin, au plan psychiatrique, l'expert relève l'absence de modification durable de la personnalité, constate que les épisodes dépressifs récurrents sont réactionnels aux différentes pathologies somatiques et qu'actuellement, les symptômes et signes cliniques constatés évoquent un trouble dépressif récurrent actuellement de degré léger (F33.0). Au terme de leur examen, les experts retiennent consensuellement les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: sténose canalaire, lombalgies, séquelles de chirurgie discale L5-S1. Les autres atteintes sont

considérées comme sans effet sur la capacité de travail. "L'assuré est déconditionné par le surpoids et la longue période d'inactivité professionnelle. L'absence d'efforts de réadaptation professionnelle est incompréhensible et sort de l'appréciation médicale. Nous rejoignons l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ qui évoquait un syndrome vertébral lombaire avec un syndrome de déconditionnement secondaire à une dysbalance musculaire. Des troubles psychosomatiques n'atteignent actuellement plus un degré apte à interférer avec une activité professionnelle. Dans une activité adaptée, la capacité est de 100% avec une diminution de 20% depuis le 14.03.2011". Le 11 octobre 2017, le médecin SMR, bien qu'émettant certaines critiques (analyse de la cohérence considérée comme incomplète; limitations fonctionnelles pas en adéquation avec les atteintes reconnues avec répercussion sur la capacité de travail), considère néanmoins cette expertise comme probante. "En résumé, il n'y a aucune péjoration de l'état de santé depuis 2011. L'exigibilité médicale demeure donc inchangée depuis cette date. Les limitations découlent en partie d'un canal lombaire étroit, mais également d'un important déconditionnement musculo- squelettique et d'une obésité morbide (BMI = 40,6 kg/m<sup>2</sup>)". C'est sur cette base que la décision querellée a été rendue. A l'appui de son recours, le recourant a versé les rapports suivants, dans lesquels ses médecins traitants se sont déterminés au sujet de l'expertise résumée ci-dessus: - Rapport du 27 février 2018, dans lequel le Dr J. \_\_\_\_\_ constate que l'expertise s'est déroulée dans de bonnes conditions, mais relève que ses propres constatations divergent de celles des experts, s'agissant notamment de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, de la confiance en soi notamment. Il rappelle également les nombreuses atteintes physiques dont souffre son patient. "En conclusion, la description de l'état psychologique du patient nous amène à mettre en évidence une préoccupation essentiellement fixée autour de ses douleurs handicapantes, avec une vie familiale préservée, ayant appris à gérer son quotidien malgré la symptomatologie marquée et l'absence de toute activité professionnelle. Je ne peux pas partager l'optique de l'expert car, durant des années, avec des entretiens réguliers, je l'ai vu soucieux, triste,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 avec des phases dépressives, isolé, culpabilisé par rapport à son inactivité, par rapport à l'image qu'il renvoie à ses enfants, par rapport à la position qu'il vit face à sa femme qui travaille et qui fait survivre la famille". - Rapport du 7 mars 2018 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, dans lequel elle partage l'avis des spécialistes en cardiologie et en pneumologie, selon lesquels les affections respectives (cardiopathie ischémique et syndrome d'apnée du sommeil) n'interfèrent pas avec la capacité de travail de l'assuré. Au plan rhumatologique, elle relativise certains éléments de l'expertise. Au plan psychiatrique enfin, elle estime, contrairement à l'expert-psychiatre, que l'assuré remplit les critères d'un syndrome douloureux chronique. Ce diagnostic, ayant évolué sur de nombreuses années, a pour effet que l'assuré n'est plus réadaptable dans une activité professionnelle, et certainement pas à plein temps. - Rapport du 21 mars 2018, dans lequel le Dr G. \_\_\_\_\_ maintient ses précédentes déclarations et confirme que l'assuré ne peut plus travailler en raison des nombreuses pathologies qu'il présente. 3.3. Amenée à statuer, la Cour de céans retient ce qui suit. Les parties s'opposent principalement sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant, celui-ci se fondant sur les conclusions de ses médecins traitants (soit, en bref, une incapacité totale de travail), tandis que l'OAI se réfère aux conclusions des experts de E. \_\_\_\_\_ SA, qui considèrent qu'il est encore en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à plein temps, avec diminution de rendement de 20%. En l'espèce, les juges de céans constatent que les avis des experts et des médecins traitants convergent sur plusieurs points. Ainsi, la situation au plan cardiologique et

pneumologique peut être considérée comme stable et n'emporte pas d'incapacité de travail. Les problèmes liés aux infarctus survenus en 2012 et 2013 n'ont pas engendré de diminution significative et durable de la force de travail. Dès 2015, le cardiologue traitant mentionnait une situation rassurante, compensée, tout en relevant que ces atteintes subites ont perturbé l'assuré au plan psychique, ce que confirme le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son expertise. La situation est analogue en matière pneumologique, le syndrome d'apnées du sommeil étant traité au moyen d'un appareillage spécifique, qui permet de limiter les effets délétères de cette affection. Ce point de vue est d'ailleurs explicitement partagé par la généraliste traitante, dans son rapport du 7 mars 2018. Ce sont donc les composantes orthopédique et psychiatrique qu'il convient d'examiner plus attentivement. Au plan somatique tout d'abord, le dossier oppose l'avis du rhumatologue traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, à celui des experts de E. \_\_\_\_\_, et en particulier de celui du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie. Or, lesdits experts indiquent partager l'avis de celui-là: "Nous rejoignons l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ qui évoquait un syndrome vertébral lombaire avec un syndrome de déconditionnement secondaire à une dysbalance musculaire". On constate néanmoins que ces spécialistes divergent quand à l'influence dudit syndrome sur la capacité de travail. A l'instar des experts, les juges de céans relèvent que le rhumatologue traitant se réfère avant tout à des éléments extra-médicaux, et en particulier au déconditionnement de l'assuré. A lire ses rapports d'août et de novembre 2015 (cf. supra), la situation au plan strictement rhumatologique n'a pas connu de réelle modification depuis 1997, ce médecin mettant au contraire

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 l'accent sur l'évolution touchant les sphères cardiologique et pneumologique, dont on vient de voir qu'elles ne sont pas susceptibles de justifier une diminution de la capacité de travail. Les rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ ne permettent dès lors pas de remettre en cause l'expertise précitée sous cet angle. Il convient encore d'examiner la sphère psychiatrique. On constate à cet égard une certaine unanimité au sein du corps médical, qui confirme que le recourant présente des troubles psychiques; reste à savoir si ceux-ci présentent un caractère réellement invalidant. Tandis que le psychiatre traitant pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive à des problèmes de santé somatique (F43.2), la généraliste traitante considère de son côté qu'il souffre d'un syndrome douloureux chronique; l'expert-psychiatre évoque bien l'éventualité d'un tel diagnostic, mais estime que les critères n'en sont pas remplis. Globalement, la Cour de céans retient que les rapports du psychiatre traitant ne démontrent pas, de manière probante, la présence d'une atteinte influençant la capacité de travail. Ainsi, dans sa prise de position à l'égard de l'expertise de E. \_\_\_\_\_, il n'émet aucune critique particulière à l'égard des conclusions des experts, mais y oppose simplement sa propre vision du dossier. Dans le même ordre d'idées, les considérations de la Dresse H. \_\_\_\_\_ sont loin d'être dénuées d'intérêt, notamment en rapport avec la présence d'un syndrome douloureux somatoforme. Son avis demeure néanmoins insuffisamment étayé pour permettre de le privilégier au détriment des conclusions de l'expert-psychiatre, ce d'autant qu'elle ne dispose pas d'une spécialisation dans ce domaine. La Cour de céans partage l'avis du médecin SMR et estime que l'expertise, notamment psychiatrique, remplit globalement les réquisits jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assuré et se fonde sur des examens complets. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. La Cour constate que l'expert

psychiatre n'a pas fait référence au catalogue d'indicateurs requis par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux (cf. supra consid. 2.2), ce qu'a d'ailleurs relevé le médecin SMR dans son rapport du 11 octobre 2017. Dans la mesure toutefois où il ne retient pas ce diagnostic, il n'était pas tenu de le faire. Quoi qu'il en soit, même si tel avait été le cas, comme la docteure traitante et le cardiologue traitant le prétendent, cette atteinte demeurerait sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Ainsi, en ce qui concerne l'indicateur "atteinte à la santé", les experts ont confirmé l'absence de comorbidité psychique (retenant tout au plus un trouble dépressif récurrent de degré léger, sans impact sur la capacité de travail) et la présence d'atteintes somatiques (sténose canalaire, lombalgies, séquelles de chirurgie discale L5-S1) susceptibles de n'influencer que faiblement la capacité de travail. Ils ont également relevé des discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé ainsi que des signes d'amplification des symptômes: "Il existe une probable exagération des symptômes constatée lors de l'examen, tout particulièrement sur le plan rachidien avec des mimiques et grimaces répétées lors d'efforts de mobilisation limités. L'utilisation des cannes anglaises malgré un périmètre de marche de plus de 2 heures par jour est également un tel signe". Globalement, ils considèrent que "l'atteinte à la santé n'est pas une entrave à la

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 reprise d'une activité professionnelle. L'assuré a de bonnes ressources, des sentiments plutôt positifs, lui donnant l'assurance et la confiance en soi ainsi que la capacité d'assumer son rôle de père de famille". S'agissant de l'indicateur "contexte social", il ressort du dossier que le recourant est entouré par sa famille: ses enfants et son épouse l'aident dans les tâches quotidiennes et il a une vie sociale préservée. On doit donc conclure qu'il possède certaines ressources mobilisables au sens de la jurisprudence. Enfin, au niveau de l'indicateur "cohérence", les experts soulignent en particulier le sentiment prédominant qu'il existe des facteurs qui sortent du champ médical et qui interfèrent avec la motivation du recourant et la reprise d'une activité professionnelle: "Les facteurs non pris en considération par l'AI sont l'absence de maîtrise d'une langue nationale, pas de formation professionnelle certifiée, le déconditionnement musculaire, l'excès de poids". Plus loin, ils notent que "la longue incapacité de travail, le fait d'être soutenu par les services sociaux et l'absence de formation constituent un frein pour un retour vers une activité professionnelle avec un rythme de vie bien réglé". Globalement, le tableau est donc plutôt rassurant: "L'assuré a de bonnes ressources, des sentiments plutôt positifs, capable d'aider sa femme et ses enfants et d'organiser le quotidien en assurant toutes les tâches, avec son rythme. Nous ne retenons donc pas non plus un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant qui émergeait préalablement au dossier, car il n'y a pas de douleurs persistantes (pendant au moins 6 mois en permanence et presque tous les jours) intenses et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient. En effet, d'une part, les douleurs sont expliquées par un processus physique, et d'autre part, l'assuré ne montre pas de préoccupations essentielles fixées autour de ses douleurs. Il a une vie sociale et familiale préservée, et a appris à gérer son quotidien même en l'absence d'activité professionnelle. Bien qu'il se présente en situation d'examen avec des cannes, il a déclaré avoir deux à trois heures d'activité de marche par jour". Au vu de ce qui précède, les conclusions des experts, qui retiennent que la fibromyalgie, respectivement le trouble somatoforme douloureux, ne sont pas invalidants, sont dès lors convaincantes. Il en résulte que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec toutefois une diminution de

rendement de 20%. 4. Le recourant requiert enfin l'octroi d'un abattement sur le salaire statistique d'au moins 20%. Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée n'a pas procédé à un calcul du degré d'invalidité, retenant que l'état de santé ne s'était pas modifié depuis 2011. Or, comme on l'a vu plus haut (consid. 3.1), il convient d'envisager la situation non sous l'angle d'une révision, mais comme s'il s'agissait d'une première demande, de sorte qu'une comparaison des revenus s'impose. Il convient donc d'évaluer le degré d'invalidité du recourant, ce qui implique de procéder enfin à la comparaison des revenus de valide et d'invalides. 4.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (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

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 d'invalides, 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 des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références). 4.2. Le revenu de valide devrait correspondre au montant que le recourant aurait obtenu en tant que maçon auprès de son ancien employeur (pour rappel, la décision AI du 29 mars 2001 mentionnait le montant de CHF 44'387.- pour 1994), indexé jusqu'en 2017 (ce qui aboutirait à CHF 56'445.60). Il convient de noter que le recours à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse aboutit à un résultat proche. Le revenu mensuel minimum annoncé pour un ouvrier du bâtiment, âgé de 53 ans en 2017 et œuvrant dans le canton de Fribourg, s'élève en effet à CHF 4'477.-, soit CHF 58'201.- par an, compte tenu du 13ème salaire en vigueur. Dès lors qu'il est plus favorable à l'assuré, c'est ce dernier revenu qui sera retenu au titre de revenu de valide. 4.3. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1\_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que celui-ci ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence impactant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux, à raison de 0.4% pour 2017, pour atteindre CHF 64'336.30 (cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, femmes). Il est également nécessaire de prendre en considération la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs), ce qui porte le salaire

d'invalidé à CHF 67'070.60. Au vu d'une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 20%, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 53'656.45.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 4.4. Le recourant a encore requis un abattement sur le salaire statistique, de 20% au moins. 4.4.1. Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018; 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; ATF 137 V 71 consid. 5.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C\_490/2011 précité consid. 4.2). 4.4.2. Compte tenu en particulier du type d'activité encore exigible (activité industrielle légère), l'octroi d'un abattement de 20%, tel que requis par le recourant, n'est pas raisonnablement admissible. En vertu du large pouvoir d'appréciation conféré à l'administration, la Cour considère qu'un abattement de 10%, tel qu'accordé par l'OAI en 2001, tient très raisonnablement compte des limitations fonctionnelles et de l'absence de formation professionnelle de l'assuré et qu'il ne se justifie nullement de l'augmenter. L'âge de l'assuré (53 ans au moment de l'expertise) ne justifie en aucun cas une réduction supplémentaire, dès lors que celui-ci dispose encore de perspectives professionnelles réelles. L'application dudit abattement conduit à un salaire d'invalidé de CHF 48'291.-. 4.5. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 58'201.-) et d'invalidé (CHF 48'291.-) un degré d'invalidité de 17%, insuffisant pour ouvrir au recourant un droit à une rente de l'assurance-invalidité. 5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont toutefois

compensés par l'avance de frais versée le 9 avril 2018. Pour les mêmes motifs, l'assuré n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. 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 28 novembre 2018/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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