

# FR\_GERICHTE 608 2021 155 vom 9. Dezember 2021

FR Kantonsgericht, 2021-12-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2021\\_155](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_155)

FR: FR\_GERICHTE 608 2021 155 du 9 décembre 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2021 155 del 9 dicembre 2021

## Regeste

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

## Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2021 155 608 2021 162 Arrêt du 9 décembre 2021 IIe Cour des assurances sociales Composition Président : Johannes Frölicher Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse : Carine Sottas Parties A. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par B. \_\_\_\_\_ contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité (refus de rente, refus de collaborer) Recours (608 2021 155) du 17 septembre 2021 contre la décision du 12 août 2021 et requête d'assistance judiciaire partielle (608 2021 162) du 29 septembre 2021 Tribunal cantonal TC Page 2 de 8 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_, né en 1977, célibataire, sans formation, est domicilié à C. \_\_\_\_\_. Souffrant de troubles psychiques, il a déposé le 26 novembre 2016 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI). Par décision du 12 août 2021, l'OAI a refusé de lui octroyer des prestations au motif qu'il s'estime satisfait de sa situation actuelle et refuse de mettre en œuvre les mesures raisonnablement exigibles de sa part, les recommandations de l'expert psychiatrique n'étant par ailleurs pas suivies. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représenté par sa curatrice, interjette recours le 17 septembre 2021 auprès du Tribunal cantonal. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée "avec des instructions impératives, en ce sens que l'Office AI est invité à procéder à une reconsidération de la situation de A. \_\_\_\_\_ et lui octroyer une rente AI". A l'appui de ses conclusions, il allègue que l'autorité intimée base son jugement sur une expertise psychiatrique datant de plus de trois ans et sur son comportement jusqu'en 2019, sans que les informations de sa curatrice et un rapport médical du 5 mai 2021 n'aient été pris en compte. Il ne peut pas non plus être fait abstraction des efforts et de la régularité dont il a fait preuve depuis 2019 en s'investissant dans le traitement, en collaborant avec les intervenants et en surmontant les difficultés liées à son état psychique. Sa situation ayant notablement et positivement évolué, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est justifiée. Le 29 septembre 2021, le recourant dépose une requête d'assistance judiciaire partielle. Dans ses observations du 19 octobre 2021, l'OAI conclut au rejet du recours et s'en remet à justice quant à la requête d'assistance judiciaire. 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 en 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 un assuré dûment représenté et directement

touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 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 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 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. 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 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées), dont aussi les syndromes de dépendances (ATF 145 V 215). 2.2. 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 (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 (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 2.3. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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. 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). 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 outre, l'on ne saurait remettre

en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). 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).

3. 3.1. D'après l'art. 7 al. 1 LPGA, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). L'art. 7b al. 1 LPGA ajoute que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de la présente loi ou à l'art. 43 al. 2 LPGA. En vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

3.2. Au sens de l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 43 al. 2 LPGA prévoit pour sa part que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. L'art. 43 al. 3 LPGA dispose que si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière; il doit lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Le dispositif est complété par l'art. 7b al. 2 LAI prévoyant qu'il peut être renoncé à la mise en demeure et au délai de réflexion si l'assuré ne communique pas les renseignements dont l'Office AI a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi. Selon la jurisprudence, la mise en demeure doit indiquer de façon suffisamment explicite ce que l'autorité attend de l'assuré. En outre, lorsque l'assuré ne donne pas suite à une mise en demeure, l'administration peut prononcer une décision de non-entrée en matière uniquement si les informations requises sont nécessaires pour éclaircir l'état des faits et déterminer les prestations dues et qu'elle ne peut se procurer celles-ci sans frais importants. Cela signifie par voie de conséquence que dès lors que l'autorité inférieure peut se prononcer sur la base de l'état de fait, la sanction de la non-entrée en matière ne lui est plus ouverte. Inversement, dès lors que le dossier ne lui permet pas de se prononcer, l'autorité inférieure prononce une décision de non-entrée en matière (arrêt TAF C-6129/2012 du 18 septembre 2013 consid. 6.1.2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou

non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (cf. arrêts TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 et I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6, avec les références citées).

4. En l'espèce, la question litigieuse est celle de la collaboration de l'assuré aux différentes mesures ordonnées par l'OAI.

4.1. L'autorité intimée soutient que l'assuré s'estime satisfait de sa situation actuelle et refuse de se plier aux mesures raisonnablement exigibles de sa part. Ainsi, aucun suivi régulier selon les règles de l'art n'est en cours et les recommandations de l'expert psychiatrique ne sont pas suivies. Le recourant est d'avis que les informations de sa curatrice postérieures à 2019 et un rapport médical du 5 mai 2021 n'ont pas été pris en compte. Il en serait de même des efforts et de la régularité dont il a fait preuve depuis 2019 en s'investissant dans le traitement, en collaborant avec les intervenants et en surmontant les difficultés liées à son état psychique.

4.2. Une expertise psychiatrique a été réalisée le 22 juin 2018 par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 63ss). L'expert y indique que le suivi psychiatrique actuel est insuffisant au vu de l'absence de médication et de l'espacement trop important des rendez-vous avec le psychiatre traitant. Il propose par conséquent un suivi psychiatrique intensif, une médication neuroleptique et surtout un sevrage à l'alcool et au cannabis. A ce sujet, il précise que ce travail sur l'addiction permettrait de stabiliser le tableau clinique et de récupérer, avec certaines limitations, la capacité de travail et de gain qui était présente avant 2014. Suite à ces recommandations, l'autorité intimée a informé le recourant de son obligation de réduire le dommage – traitement médicamenteux, suivi psychiatrique et sevrage à l'alcool et au cannabis – par courrier du 17 juillet 2018 (dossier OAI p. 98). Les documents produits ensuite n'ayant notamment démontré ni le respect du sevrage, ni l'adéquation de la prise en charge psychiatrique, elle lui a rappelé le 25 septembre 2019 son obligation et lui a demandé de trouver un nouveau psychiatre pour mettre rapidement en place un suivi et un traitement léger, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et premier psychiatre traitant, niant la présence d'une dépendance à l'alcool et au cannabis (dossier OAI p. 147).

4.3. Il ressort des pièces du dossier que l'assuré, s'il a fait des efforts, n'a pas respecté son obligation de réduire le dommage. Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 En premier lieu, le suivi psychiatrique n'est pas régulier. En effet, les séances avec le Dr E. \_\_\_\_\_ avaient lieu tous les dix jours à trois semaines (selon les feuilles de suivi psychiatrique, p. ex. dossier OAI p. 102, 108, 121, 126, 132), ou toutes les cinq à six semaines, et duraient environ 5 minutes selon l'expert (expertise, dossier OAI p. 73; complément d'expertise du 8 février 2019, dossier OAI p. 115), ce qui semble largement insuffisant pour être efficace. Les séances avec les médecins de F. \_\_\_\_\_ de G. \_\_\_\_\_, dont la durée n'est pas connue, n'ont pas été plus fréquentes, avec cinq séances entre le 21 janvier 2020 et le 10 juillet 2020. Surtout, ces médecins attestent de l'absence de

suivi régulier (rapport du 10 juillet 2020 du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint, et de I. \_\_\_\_\_, psychologue, dossier OAI p. 173). Quant au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin chef de clinique de G. \_\_\_\_\_, il indique que l'assuré s'est rendu à la plupart de ses rendez-vous, sur une base mensuelle, depuis le 1er octobre 2020, avec une interruption due à sa fréquentation de la clinique de jour dans laquelle il s'est rendu durant deux semaines en février 2021 (rapport du 12 mai 2021, dossier OAI p. 196). L'expert ayant encore relevé que les rendez-vous étaient trop espacés (expertise, dossier OAI p. 84), on ne peut reconnaître que le recourant participe de façon régulière au suivi et que celui-ci est suffisant. Il n'est ensuite pas établi qu'un sevrage aurait été réellement entrepris et couronné de succès puisque les résultats d'une seule prise de sang réalisée en avril 2019 figurent au dossier (dossier OAI p. 127). Or, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR, indique qu'il n'est pas possible de démontrer un sevrage sur la base d'un examen unique, d'autant plus que l'on ignore si ce contrôle a été fait de manière annoncée ou non, un contrôle annoncé ayant encore moins de valeur (rapport du 4 août 2019, dossier OAI p. 145). Une seule prise de sang ne permet dans tous les cas pas de savoir quand un sevrage aurait été commencé et encore moins sa durée. Enfin, le recourant refuse toujours de prendre un traitement médicamenteux (lettre de sortie de G. \_\_\_\_\_ du 1er avril 2019, dossier OAI p. 124; rapport précité du 10 juillet 2020 de G. \_\_\_\_\_). Après juillet 2020, aucun document au dossier ne permet en outre de prouver la prise de médicaments. L'assuré explique refuser tout traitement car les neuroleptiques proposés par les médecins auraient sur lui un effet sédatif qui ne lui conviendrait pas. Or, on ne voit pas comment cet effet pourrait être constaté puisqu'il a arrêté tous les médicaments au lendemain de leur prescription (expertise, dossier OAI p. 73; complément d'expertise, dossier OAI p. 115). L'expert a de plus proposé un neuroleptique de nouvelle génération, avec peu d'effets secondaires, qu'il appartient au recourant d'au moins essayer sur une durée suffisamment longue pour en voir les effets. 4.4. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a constaté que le recourant ne collabore pas, alors que son obligation de réduire le dommage lui a été clairement rappelée le 17 juillet 2018 et le 25 septembre 2019. Ce manque de collaboration ne permet en outre pas d'établir à satisfaction sa capacité de travail, une clarification diagnostique pour savoir si le trouble psychotique est ou non induit par la consommation de cannabis et une évolution positive étant à prévoir (rapport du 10 juillet 2020 de G. \_\_\_\_\_ précité; expertise, dossier OAI p. 84). Les rapports produits avec le recours ne sont pas de nature à modifier cette appréciation. En effet, le rapport du 19 février 2018 du psychiatre traitant, qui ne figure pas au dossier, indique uniquement que le recourant souffre d'une affection psychiatrique invalidante et qu'il ne peut pas travailler dans l'économie libre, sans mention d'un traitement ou d'un sevrage. Quant à celui du 15 septembre 2021 Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 de G. \_\_\_\_\_, au demeurant postérieur à la décision attaquée et de contenu semblable à celui du 12 mai 2021, il ne mentionne ni sevrage, ni prise de médicaments. Enfin, on ne voit pas ce qu'une nouvelle expertise apporterait de plus, d'autant plus que G. \_\_\_\_\_ atteste le 10 juillet 2020 de la nécessité d'une abstinence au cannabis de minimum six mois dans une optique de clarification diagnostique – savoir si la symptomatologie psychotique est induite ou non par la consommation quotidienne de cannabis – et d'évaluation des capacités de réinsertion/réadaptation professionnelle. 5. Au vu de ce qui précède, la Cour constate le manque de collaboration du recourant, pourtant dûment averti des conséquences. Elle confirme également que cette absence de collaboration a rendu impossible l'évaluation de sa capacité de travail. Le recours doit par

conséquent être rejeté et la décision litigieuse confirmée. Il appartiendra au recourant de s'annoncer à nouveau auprès de l'autorité intimée lorsqu'il se sera soumis aux recommandations de l'expert-psychiatre.

5.1. Le recourant requiert l'octroi de l'assistance judiciaire partielle (608 2021 162) pour la procédure de recours. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a) et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2).

5.2. Il convient d'examiner les deux conditions permettant l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, à savoir celle de la situation financière difficile et celle des chances de succès. Il appert que le recourant, à l'aide sociale, ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Il faut en outre admettre que le recours n'était pas d'emblée dénué de chances de succès. Dans ces conditions, l'assistance judiciaire partielle est octroyée au recourant.

5.3. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 judiciaire partielle octroyée ce jour, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA. Le recourant ne peut pas prétendre à une indemnité de dépens dès lors qu'il succombe ni au titre de l'assistance judiciaire dès lors qu'il n'est pas représenté par un avocat.

la Cour arrête : I. Le recours (608 2021 155) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2021 162) est admise. III. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire qui lui a été accordée. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. V. 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 9 décembre 2021/cso Le Président : La Greffière-rapporteuse :