

# FR\_GERICHTE 608 2023 148 vom 3. Juli 2024

FR Kantonsgericht, 2024-07-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2023\\_148](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_148)

FR: FR\_GERICHTE 608 2023 148 du 3 juillet 2024

IT: FR\_GERICHTE 608 2023 148 del 3 luglio 2024

## 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 prescrites auprès de l'autorité judiciaire compétente par une personne directement touchée par la décision attaquée et ayant versé l'avance de frais en temps utile, 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 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

### E. 2.2

Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en

matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

### **E. 2.3**

Selon la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2). Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGa) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI.

L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGa – lequel permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.2 et les références). Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force 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 conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). Il convient enfin de souligner que les rapports des services médicaux selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que ceux fondés sur des examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de la personne concernée, ainsi que de faire une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations.

### **E. 3**

Par un premier argument, le recourant se plaint de ne pas avoir été en mesure d'exposer sa version des faits avant qu'une décision en soit rendue et, de ce fait, d'une violation de son

droit d'être entendu.

### **E. 3.1**

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêt TF 4A\_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1). Si le droit d'être entendu garantit le droit de se déterminer sur les différentes pièces versées au dossier, la personne assurée ne saurait en déduire le droit d'avoir "le dernier mot sur le plan médical" (arrêt TF 9C\_433/2023 du 12 mars 2024). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

### **E. 3.2**

En l'espèce, un examen attentif du dossier permet de retenir ce qui suit: sur la base des documents médicaux remis à l'appui de la nouvelle demande du 7 juin 2023, et après avoir consulté le médecin SMR, l'OAI a émis un projet de décision informant l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière et lui donnant la possibilité de compléter son point de vue. Ce dernier a alors apporté de nouveaux rapports, sur lesquels le médecin SMR s'est également déterminé avant que la décision litigieuse ne soit rendue. A la lumière de ce qui précède, il appert que le recourant a eu largement l'opportunité de s'exprimer avant qu'une décision ne soit rendue, dans le respect de la procédure particulière applicable lors du dépôt d'une nouvelle demande (cf. supra consid. 2.2). D'autre part, les documents médicaux remis par ce dernier ont été dûment examinés par l'OAI, respectivement par le médecin SMR, dont les explications permettent de comprendre le fondement de la décision. Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Le grief de l'assuré tiré d'une violation de son droit d'être entendu, qui se confond avec la question de fond – soit celle de savoir si les documents produits rendent plausibles une aggravation - doit donc être écarté.

### **E. 4**

Demeure litigieuse la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits,

conformément à l'art. 87 al. 2 RAI. Afin de pouvoir trancher le présent litige, il y a lieu d'examiner comment son état de santé a évolué depuis la dernière décision matérielle et celle ici litigieuse du 4 septembre 2023.

#### **E. 4.1**

En l'occurrence, la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle qui a été rendue par l'OAI le 9 janvier 2020 (dossier AI p. 220). Cette décision était principalement fondée sur les documents médicaux suivants: Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a procédé, à la demande de l'assurance perte de gain maladie, à l'examen de l'assuré. Dans son rapport du 2 octobre 2017 (dossier AI p. 43), l'expert indique, après une brève anamnèse, que l'assuré "se plaint de lombalgies et de dorsalgies. Les douleurs sont plus fortes en fin de nuit. Il existe une raideur matinale de 1 à 2 heures". L'examen clinique est sans particularité sous l'angle de la médecine interne, dermatologique et neurologique, tandis que "l'examen rhumatologique met en évidence une raideur lombaire et dorsale [...]. La palpation et la mise sous tension de la sacro-iliaque droite sont douloureuses". Une suspicion de maladie de Bechterew est retenue au titre de diagnostic. Compte tenu d'un tableau clinique faisant évoquer la présence d'une spondylarthrite ankylosante, l'expert propose de faire une IRM des sacro-iliaques et de doser l'HLA-B27. Il prolonge dans cette attente l'incapacité de travail totale. Dans un rapport du 31 janvier 2019 (dossier AI p. 164), le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin assistant au sein de I.\_\_\_\_\_, relève en substance que "le laboratoire ne montre pas de syndrome inflammatoire et le HLA-B27 est négatif". Se référant ensuite aux résultats des IRM effectuées en 2018, il relève que "même si l'imagerie ne montre pas, au moment de sa réalisation, d'élément clair en faveur d'une spondylarthrite et qu'il existe des troubles dégénératifs et statiques du rachis, potentiellement inflammatoires, une spondylarthropathie est possible au vu de la présentation clinique évocatrice". Le 27 mars suivant (dossier AI p. 163), le Dr H.\_\_\_\_\_ annonce une situation globalement inchangée. Le 25 juillet 2019 (dossier AI p. 175), le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, recommande la tenue d'une expertise rhumatologique, afin de clarifier le diagnostic et fournir un statut clinique objectif. Dans son rapport du 14 novembre 2019 (dossier AI p. 197), la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, retient, au terme d'un examen détaillé de la situation, un diagnostic de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs. Elle écarte en revanche celui de spondylarthrite axiale inflammatoire, "en l'absence d'une anamnèse de type inflammatoire et des radiographies excluant une atteinte lombaire et/ou sacro-iliaque parlant dans ce sens". Selon elle, l'activité d'aide- maçon n'est plus exigible depuis janvier 2017, au vu des lésions dégénératives constatées. En revanche, l'exercice d'une activité adaptée, sans perte de rendement, a toujours été possible. Les limitations fonctionnelles suivantes doivent être respectées: pas de position statique assis ou debout prolongée supérieure à 30 minutes, pas de longs déplacements, pas de montée ou descente itérative d'escaliers, respectivement des pentes, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 port itératif de charges supérieures à 10-15 kg, pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence, pas de travail prolongé avec les membres supérieurs en hauteur. C'est sur cette base que la décision du 9 janvier 2020, accordant au recourant une rente d'invalidité limitée dans le temps, a été rendue par l'OAI. Elle n'a pas été contestée.

#### **E. 4.2**

A l'appui de sa nouvelle demande du 7 juin 2023, objet du litige de la présente procédure judiciaire, le recourant a produit les documents médicaux suivants: Différents certificats médicaux établis par le Dr F. \_\_\_\_\_, généraliste traitant, attestant d'une incapacité totale de travail entre le 1er novembre 2022 et le 31 mai 2023 (dossier AI p. 256-262). Un rapport du 5 mai 2023 du Prof. Dr D. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 255), qui informe le généraliste traitant "de l'évolution de la situation de [l'assuré] en ce qui concerne ses douleurs facettaires présumées". Il indique ce qui suit: "Une nouvelle IRM a été pratiquée depuis sa dernière visite du 10 février 2022. Cet examen met en évidence des congestions dégénératives des articulations postérieures lombaires en progression. Depuis des infiltrations de corticoïdes au niveau de ces articulations ont été proposées au patient par le radiologue qui ignore probablement que ces signes radiologiques ont une spécificité pour expliquer des douleurs lombaires de l'ordre de 5 à 8% seulement. Pour clarifier si ses douleurs proviennent des articulations postérieures, nous avons pratiqué des injections de bupivacaïne au niveau des branches médianes nerveuses responsables de l'innervation des articulations L3-L4, L4-L5, L5-S1 à G, côté qui prédomine dans ses douleurs. Ce test s'est avéré parfaitement négatif, excluant ainsi que les douleurs proviennent des articulations postérieures de ce côté. Des irradiations vers le MIG sont apparues relativement récemment et peuvent éventuellement être provoquée par l'impact de l'inflammation articulaire sur la racine nerveuse correspondante, probablement au niveau L5 G. Comme le patient était déjà très réticent à se soumettre au test articulaire, je ne lui ai pas proposé de traitement test sous la forme d'une injection transforaminale de corticoïdes à ce niveau. Si les irradiations devaient devenir intolérables, il peut revenir me voir s'il le souhaite. Je me suis également abstenu de lui proposer des discographies de provocation car il présente des discopathies à tous les niveaux lombaires, ce qui constitue une contre-indication à une intervention chirurgicale. Je pratique uniquement des discographies chez les patients pour lesquels une intervention chirurgicale est éventuellement souhaitable". Invité à se déterminer à cet égard, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin généraliste SMR, prend position le 12 juin 2023 (dossier AI p. 282). Après avoir rappelé le diagnostic retenu par l'experte en rhumatologie en 2019 et le fait qu'une pleine capacité dans une activité adaptée avait été admise, il relève tout d'abord que les certificats d'arrêt de travail établis par le généraliste traitant ne contiennent aucune explication. Il rappelle à cet égard que ledit généraliste avait indiqué, en novembre 2021, que la situation douloureuse de son patient ne s'était pas péjorée (cf. dossier AI p. 231). S'agissant du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, le médecin SMR note l'absence de status clinique, d'évaluation de la capacité de travail ou de prise de position sur les limitations fonctionnelles. Il relève également la mention d'une nouvelle IRM, sans que le compte-rendu du radiologue ne soit fourni. Globalement, le Dr J. \_\_\_\_\_ estime qu'"il y a probablement une aggravation des plaintes subjectives de la personne assurée ou alors une volonté d'obtenir une nouvelle évaluation de ses droits. La problématique est cependant la même qui avait déjà été examinée en 2019 et tout indice concret permettant de suspecter une aggravation objective de cette problématique, pouvant changer le profil d'exigibilité alors fixé, fait défaut". Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dans le cadre des objections au projet de décision établi le 13 juin 2023, le recourant a encore déposé un rapport du 11 février 2022 du Dr D. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 291). Après un rappel de la situation (brève anamnèse et plaintes), ce spécialiste indique ce qui suit: "A l'examen clinique, j'observe un status neurologique parfaitement normal. Des douleurs sont provoquées par l'examen des articulations L4-L5, L5-S1 ddc. Le test de provocation segmentaire est fortement positif pour le même segment. Les hanches sont examinées sans provoquer de douleur. Je lui ai

proposé une série d'investigations que je trouve indiquées dans sa situation et qui ont pour but d'objectiver la pathologie et déterminer l'origine de ses plaintes. [...] Toutefois, le patient préfère s'entretenir avec vous avant de procéder à ces examens". Enfin, dans un questionnaire complété en juin 2023 (dossier AI p. 295), le Dr F. \_\_\_\_\_ signale une "aggravation de l'état de santé avec limitation des actes de la vie quotidienne". Les diagnostics de discopathies étagées lombaires et de contre-indication neurochirurgicale sont posés. La capacité de travail est considérée comme nulle depuis 2022 et différentes limitations fonctionnelles sont mentionnées (se baisser, porter des charges au-dessus de 10kg, flexion du tronc, répétition des mouvements du tronc). Il renvoie pour le surplus à l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_. En date du 19 juillet 2023 (dossier AI p. 300), le Dr J. \_\_\_\_\_ estime que le rapport du 11 février 2022 du Dr D. \_\_\_\_\_ "se concentre sur l'anamnèse [et] les déclarations subjectives de l'assuré". Quant au questionnaire du médecin généraliste, le médecin SMR constate qu'il atteste une aggravation de l'état de santé sans argumentation objective, attestant des douleurs et des limitations en se référant aux déclarations de son patient. Il campe donc sur sa position.

### **E. 4.3**

Amenée à statuer, la Cour de céans constate que le recourant reproche en substance à l'OAI de s'être fondé sur l'avis du médecin généraliste SMR, et à ce dernier de n'avoir pas suffisamment motivé les raisons pour lesquelles les rapports de ses médecins traitants ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé. Il critique également le manque d'objectivité, voire l'arbitraire dont aurait fait preuve ce médecin dans son évaluation de la situation. Sur la base d'un examen attentif du dossier, et en particulier des documents remis par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande, la Cour estime que le médecin SMR a parfaitement saisi la situation. En effet, les deux rapports rédigés par le Prof Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, permettent tout au plus d'en retenir que l'assuré continue à se plaindre de douleurs lombaires, sans qu'il soit toutefois possible d'en déterminer objectivement l'origine. Il ressort de ces rapports que les examens auxquels le recourant a accepté de se soumettre ont conduit à écarter certaines hypothèses. Dans la mesure également où aucun (nouveau) diagnostic précis n'est posé, ni aucune évaluation de la capacité de travail effectuée, force est de constater que ces documents ne sont aucunement aptes à justifier le réexamen de la situation. S'agissant des certificats d'incapacité de travail établis par le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin praticien, ils ne peuvent suffire, à défaut de toute explication, à rendre crédible l'éventualité d'une péjoration. Quant au questionnaire auquel ce généraliste a répondu par la suite, il convient là encore de relever qu'il ne contient aucun élément nouveau qui pourrait orienter vers la possibilité d'une modification significative de l'état de santé de l'assuré. D'autant qu'en novembre 2021, ce médecin admettait que la situation douloureuse ne s'était pas péjorée. Il sied enfin de mentionner que les limitations fonctionnelles et diagnostics évoqués par le généraliste traitant dans le questionnaire établi en juin Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 2023 sont semblables à ceux retenus par l'experte en rhumatologie en 2019 ce qui tend, là encore, à démontrer l'absence de changement. La Cour peut donc pleinement se rallier aux conclusions du médecin SMR, lequel est intervenu dans le respect des attributions qui lui sont confiées par la loi (cf. supra consid. 2.3 in fine). Le grief de subjectivité, voire d'arbitraire, soulevé par l'assuré à l'encontre dudit médecin, ne peut être suivi. On ne discerne en effet aucun indice en ce sens dans les prises de position du médecin SMR et les critiques, formulées de façon toute générale par le recourant, présentent un caractère essentiellement appellatoire. Le fait que ledit médecin dispose d'une adresse dans les locaux

de l'OAI ne saurait remettre en cause son point de vue. La jurisprudence fédérale admet en effet que le fait que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leurs appréciations; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité. La valeur probante de tels rapports dépend bien plutôt de leur contenu: ainsi doivent-ils être jugés pertinents, compréhensibles et cohérents pour avoir valeur de preuve; en outre, il ne doit pas exister d'indice suffisant plaçant contre leur fiabilité (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4). Quant au fait qu'il se soit écoulé un certain temps depuis la précédente demande, il peut tout au plus jouer un rôle dans le niveau d'exigence fixé pour évaluer la possibilité d'une aggravation; cela ne dispense toutefois pas le recourant d'amener les éléments médicaux propres à justifier d'entrer en matière, ce qui n'est, comme expliqué plus haut, pas le cas ici.

#### **E. 4.4**

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer sa capacité de travail. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI. Par conséquent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée entièrement confirmée.

#### **E. 5**

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant, qui succombe, et compensés par son avance de frais du même montant. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens. (dispositif sur la page suivante) Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par l'avance de frais du 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 3 juillet 2024/mba La Présidente Le Greffier-rapporteur

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