

# FR\_GERICHTE 608 2024 46 vom 27. Februar 2025

FR Kantonsgericht, 2025-02-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2024\\_46](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_46)

FR: FR\_GERICHTE 608 2024 46 du 27 février 2025

IT: FR\_GERICHTE 608 2024 46 del 27 febbraio 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 18

septembre 2023, qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière de l'AI du 1er octobre 2022 au 31 août 2023 et une rente s'élevant à 60% d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2023. En dépit des objections formulées contre ce préavis par la Caisse de prévoyance de C.\_\_\_\_\_ (ci-après: Caisse de prévoyance ou courante), institution de prévoyance auprès de laquelle A.\_\_\_\_\_ était affiliée depuis son engagement en décembre 2019 comme curatrice auprès de C.\_\_\_\_\_, et qui, à ce titre, a reçu le projet de décision, l'OAI en a confirmé la teneur dans une décision formelle du 29 février 2024, après avoir encore versé au dossier des avis médicaux des médecins traitants de l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 C. Contre cette décision, la Caisse de prévoyance interjette recours au Tribunal cantonal le 28 mars 2024 et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son recours, sans contester le principe même de l'octroi d'une rente AI, la Caisse de prévoyance s'est opposée à la date à laquelle l'OAI a fixé le début de l'incapacité de travail de l'assurée (dès août 2021) dans la décision contestée. Elle considère en effet que l'incapacité de travail de l'assurée a débuté, sans avoir subi d'interruption notable depuis lors, entre janvier et mai 2019, soit à une période où A.\_\_\_\_\_ était assurée au titre de la prévoyance auprès d'une autre caisse de prévoyance. Relevant que les experts ont, à tort, chiffré l'incapacité de travail de l'assurée depuis (seulement) août 2021, sans examiner les périodes précédentes, la Caisse de prévoyance estime que l'OAI a violé son devoir d'établir les faits pertinents, ce grief justifiant d'admettre le présent recours et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il fixe le début de l'incapacité de travail de l'assurée à une période plus reculée. La courante rappelle également que la décision formelle de l'OAI de refus de rente d'invalidité du 17 novembre 2020 (refus ayant été justifié par l'OAI du fait que l'assurée n'a pas pu attester médicalement une année d'incapacité de travail) ne lui a pas été notifiée, l'assurée étant alors assurée auprès d'une autre Caisse de prévoyance, de sorte que le refus de rente d'invalidité prononcé à l'encontre de l'assurée en novembre 2020 ne saurait lui être opposé, dans la mesure où dite décision n'est pas contraignante à son égard. Dans ses observations du 22 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, rappelant que le droit à la rente ne peut naître que six mois au plus tôt après le dépôt de la demande AI (reçue le 8 avril 2022 par l'OAI) et dans la mesure où un assuré(e) peut justifier une incapacité de travail d'en moyenne 40% au minimum durant une année. Se fondant sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire datant de mai 2023, l'OAI a ainsi réitéré le fait que

l'assurée présentait une incapacité totale à travailler depuis août 2021 pour des raisons principalement psychiatriques, de sorte que son droit à une rente AI, au vu des délais d'attente précédemment évoqués, a pris naissance le 1er octobre 2022. Bien qu'invitée à se déterminer sur l'intégralité de l'échange d'écritures ayant eu lieu entre les parties,

A. \_\_\_\_\_ n'a pas réagi. D. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent jugement. en droit 1. 1.1. A titre liminaire, il convient de préciser que la décision du 29 février 2024 octroyant une rente entière de l'AI à l'assurée du 1er octobre 2022 au 31 août 2023 et une rente s'élevant à 60% d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2023 représente l'objet de la contestation. L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'annulation de la décision de l'OAI du 29 février 2024 et le renvoi de la cause à l'OAI afin que ce dernier établisse les faits pertinents, plus précisément qu'il retienne que

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 l'incapacité de travail de la recourante a (déjà) débuté en janvier 2019, voire au plus tard, en mai 2019. La recourante critique en particulier la date à laquelle l'OAI a arrêté le début de l'incapacité de travail de la recourante (soit dès août 2021). 1.2. Au sens de l'art. 49 al. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité est de nature à toucher (directement) l'obligation de prester de l'institution de prévoyance fondée sur le droit de la prévoyance professionnelle (obligatoire), sous l'angle de son principe même ou du montant ou de la durée de l'obligation (voir art. 23 ss de la loi du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [LPP; RS 831.40]). Partant, selon la jurisprudence, un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1; cf. également arrêt TF 9C\_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.1). Il existe de toute évidence un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) ressortant des art. 23, 24 al. 1 (abrogé par l'annexe ch. 3 de la LF du 19 juin 2020 [développement continu de l'AI], avec effet au 1er janvier 2022) et 26 al. 1 LPP. En effet, les prestations d'invalidité au sens de l'art. 23 let. a LPP sont dues par l'institution de prévoyance auprès de laquelle l'ayant droit était affilié lors de la réalisation du risque assuré. Est déterminante en matière de LPP la survenance de l'incapacité de travail qui est à l'origine de l'invalidité, indépendamment du début du droit à des prestations d'invalidité et de l'ampleur de celle-ci. Au vu de ce qui précède, et dans la mesure où elle conclut à l'annulation de la décision du 29 février 2024 de l'OAI, la Caisse de prévoyance a la qualité pour recourir contre la décision précitée octroyant une rente AI à l'assurée (ATF 132 V 1 consid. 3.3.1). Interjeté de surcroît en temps utile et dans les formes légales prescrites auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière, le recours de la Caisse de prévoyance est dès lors recevable. 1.3. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De manière générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits

juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 sont ici applicables, dans la mesure où le droit à la rente a débuté le 1er octobre 2022.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2). 2.2. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 2.3. 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 citées). 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 seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui enlever toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 2.4. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), le TF a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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). Selon l'ATF 141 V 281, 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 en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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.

3. La recourante fait grief à l'OAI d'avoir considéré que la demande AI était tardive, de n'avoir ainsi pas chiffré la (l'in-)capacité de travail de l'assurée avant août 2021 et d'avoir retenu que l'incapacité de travail de la recourante avait débuté en août 2021. Ce faisant, se fondant sur l'art. 43 LPGA, qui impose à l'assureur d'examiner les demandes, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin, la recourante estime que l'OAI a violé son devoir d'instruction au sens où il a contrevenu à son devoir d'établir les faits pertinents (mémoire de recours p. 8 n° 9 et p. 10 n° 26).

3.1. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. La LAI conçoit par conséquent le cas d'invalidité en fonction de la prestation spécifique qu'il induit (ATF 137 V 417 consid. 2.2.3). Selon la pratique des tribunaux, ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé de l'assuré; des facteurs externes fortuits, comme en particulier la connaissance subjective par la personne requérant des prestations, ne sont pas pertinents (ATF 112 V 275 consid. 1b). Le moment de la survenance de l'invalidité ne dépend ni de la date où une demande a été déposée ni de celle à partir de laquelle une prestation est requise. Il ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que l'atteinte à la santé peut fonder un droit à des prestations (ATF 126 V 5 consid. 2b).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 L'invalidité peut ainsi survenir à plusieurs moments différents, à raison d'une seule atteinte à la santé, en fonction de la sorte de prestation spécifique entrant en considération; de ce fait, le cas d'assurance doit être déterminé de

manière autonome en application de chaque norme légale d'octroi des diverses prestations (arrêt TF 76/05 du 30 mai 2006 consid. 1.1). 3.2. En l'occurrence, le cas d'invalidité se rapportant au présent litige a uniquement trait à l'octroi d'une rente d'invalidité (rente entière d'invalidité octroyée par l'OAI dès le 1er octobre 2022 puis 60% d'une rente entière dès le 1er septembre 2023). L'art. 29 al. 1 LAI prescrit que la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'AI. Dans la mesure où le droit à la rente impose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y avait, en principe, aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, tant pour les experts et l'OAI, d'examiner l'évolution de la capacité de travail de l'assurée au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande, ce d'autant moins que le dossier AI ne mettait pas en exergue une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année et que l'assurée a indiqué, sur le formulaire de dépôt de la demande de prestations AI, qu'elle était en incapacité de travail depuis août 2021 (cf. ci-après: consid. 3.3). Il y a lieu de rappeler que, sous l'angle de l'assurance-invalidité, il n'est pas déterminant de savoir à quel moment, en-deçà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande, est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine subséquente de l'invalidité; cette question temporelle étant déterminante, du point de vue de la prévoyance professionnelle, au vu des question des liens de connexité matérielle et temporelle, puisqu'elle permet ensuite de déterminer auprès de quelle institution de prévoyance un assuré était affilié au moment de la survenance de l'invalidité. Par conséquent, l'on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir violé son devoir d'instruction au sens de l'art. 43 LPG, du fait qu'il n'a pas chiffré la (l'in-)capacité de travail de l'assurée avant la période ayant précédé août 2021. Ce grief doit donc être rejeté. 3.3. Par souci de complétude et à toutes fins utiles, le Tribunal de céans relève également qu'en lien avec les éventuelles incapacités de travail de l'assurée ayant précédé août 2021, il ne faut pas perdre de vue que, dans sa demande de prestations AI (dos. AI p. 72), l'assurée a invoqué être dans l'incapacité totale à travailler depuis le 30 août 2021. Si l'on se réfère également aux rapports médicaux versés au dossier AI, le généraliste traitant de l'assurée, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 28 juin 2022 sous la rubrique "évolution de l'incapacité de travail attestée médicalement" une incapacité totale à travailler depuis le 27 septembre 2021 uniquement, soit une impossibilité à travailler survenue à une période (encore) plus récente que celle arrêtée par les experts (qui l'ont arrêtée en août 2021). Il apparaît également que lorsque l'assurée a perçu des indemnités de l'assurance-chômage, en octobre et novembre 2019, elle était inscrite à l'Office régional de placement comme personne recherchant un emploi à 70% selon le rapport du 17 octobre 2019 d'un conseiller en réadaptation (dos. AI p. 40). Si l'on remonte enfin à une date plus reculée, seul le rapport du 23 août 2019 du généraliste traitant, Dr D.\_\_\_\_\_, chiffre l'incapacité de travail de l'assurée sur la base de restrictions somatiques (spondylarthropathie axiale et périphérique, maladie inflammatoire), de l'ordre de 50% depuis le 6 juin 2019 (dos. AI p. 22). Le généraliste traitant fait également état de la poursuite et reprise envisageables de l'activité d'éducatrice dans une mesure de 50% à 70% moyennant des aménagements (dos. AI p. 23).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 4. Enfin, à juste titre, la recourante ne conteste pas contre les conclusions des experts, à savoir que la capacité de travail résiduelle de l'assurée, depuis le 27 août 2021, est de 40% dans son activité habituelle pour des motifs principalement psychiatriques, sans possibilité de se tourner vers une autre activité mieux adaptée, et de

60% dès le 22 mai 2023. Il est en effet avéré que l'expertise bidisciplinaire des 23 et 27 mai 2023 est probante. S'il est vrai que le rhumatologue consulté, le Dr I. \_\_\_\_\_, a émis des doutes quant au diagnostic de spondylarthrite, sans toutefois l'exclure (dos. AI p. 241), en expliquant les raisons médicales (dos. AI p. 241), il n'a pas omis de mentionner que l'assurée présentait de nombreux antécédents médicaux, en les évoquant dans les détails (dos. AI p. 240). Ne minimisant pas les difficultés de l'assurée, l'expert en rhumatologie a arrêté un syndrome douloureux, certes constitué d'éléments subjectifs, mais qu'il a considéré comme étant incapacitant. Il a en particulier relevé que les douleurs (quelle que soit leur origine) et leurs conséquences en termes de fatigabilité, de troubles du sommeil et de concentration se devaient d'être prises en considération. Quant à l'expert psychiatre, le Dr H. \_\_\_\_\_, à l'instar des spécialistes traitants qui ont évoqué un trouble de l'humeur et un trouble de la personnalité, il a arrêté un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes somatiques, en n'omettant pas de relever une fragilité psychique chez l'assurée, se référant à des épisodes dépressifs survenus ponctuellement en 2015 et 2018 et entre la fin de l'année 2021 et le début 2022 (dos. AI p. 242). Après une analyse détaillée de la structure de la personnalité de l'assurée (dos. AI p. 242, 243, 263 et 264), l'expert psychiatre a retenu un trouble modéré de la personnalité, pathologie qui, au terme d'un raisonnement médical devant être qualifié de convaincant, ne prête pas le flanc à la critique. Enfin, dans l'appréciation des limitations fonctionnelles et des ressources dont dispose l'assurée, les experts se sont appuyés sur leurs propres constatations arrêtées à la date de l'examen clinique du

## **E. 22**

mai 2023 (dos. AI p. 210) et sur les résultats du test mini CIF-APP (dos. AI p. 242). Au vu de ce qui précède, il n'y a aucune raison de mettre en doute les conclusions bidisciplinaires des experts relatives à la capacité de travail de l'assurée, à savoir que cette dernière dispose d'une capacité de travail de 50% moyennant une perte de rendement de 20% (dès lors que l'assurée travaille à son rythme, sans pression de rendement), soit une capacité de travail résiduelle de 40% quelle que soit l'activité exercée, ce, depuis août 2021. Sur la base de leurs propres constatations arrêtées lors de l'examen clinique du 22 mai 2023 et dans la mesure où les experts ont relevé que la diminution de la capacité de travail était essentiellement liée à l'atteinte psychiatrique, il n'y a également rien à redire au fait qu'ils ont considéré, sur la base de leurs propres observations, que l'assurée était à même, dès le 22 mai 2023, d'assumer un pensum exigible en amélioration à hauteur de 60% (dos. AI p. 246), prenant effet, d'un point de vue temporel et sous l'angle de l'octroi d'une rente AI et comme retenu à raison par l'OAI, dès le 1er septembre 2023 (art. 88a al. 1 RAI). Compte tenu des revenus de valide et invalide fixés sur cette base par l'OAI et qui ne prêtent pas le flanc à la critique, c'est à juste titre que l'autorité intimée a octroyé une rente entière de l'AI à l'assurée dès le 1er octobre 2022 sur la base d'un degré d'invalidité de 100% et reconnu le droit à une rente AI s'élevant à 60% d'une rente entière de l'AI dès le 1er septembre 2023.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'OAI du 29 février 2024 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée par celle-ci. Vu l'issue de la procédure, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 29 février 2024 est confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la Caisse de

prévoyance du personnel de C.\_\_\_\_\_. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée par celle-ci. 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 27 février 2025/afb La Présidente La Greffière-rapporteure

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