

## **FR\_GERICHTE 608 2013 174 vom 27. Juli 2015**

FR Kantonsgericht, 2015-07-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2013\\_174](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_174)

FR: FR\_GERICHTE 608 2013 174 du 27 juillet 2015

IT: FR\_GERICHTE 608 2013 174 del 27 luglio 2015

### **Regeste**

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

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

avril 2011. Se fondant sur l'expertise, par projet de décision du 30 octobre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestation considérant que l'assuré était apte à reprendre son ancienne activité à 100%. Le 3 décembre 2012, l'assuré s'est opposé à ce projet. Dans un second projet de décision du 26 mars 2013 et suite à un rapport du SMR, l'OAI a rejeté la demande de prestation se fondant sur un degré d'invalidité de 13%. Il a considéré que l'assuré était apte à travailler, à plein temps et sans diminution de rendement, dans une activité adaptée telle qu'ouvrier dans la production industrielle légère. Le 7 mai 2013, l'assuré s'est opposé à ce deuxième projet. Ayant préalablement requis de nouveaux rapports des médecins ainsi que l'avis de son SMR, l'office a finalement maintenu son refus de prester par décision du 9 octobre 2013. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Valentin Aebischer, avocat à Fribourg, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 11 novembre 2013 concluant, avec suite de frais et versement d'une équitable indemnité de 4'000 francs, plus TVA, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 A l'appui de ses conclusions, il se plaint que l'autorité, en se fondant uniquement sur l'expertise, ignore les rapports de ses médecins traitants, pourtant précis et circonstanciés. Il critique également l'expertise, relevant des contradictions en son sein, notamment s'agissant de sa collaboration avec l'expert, la durée insuffisante de l'entretien, la prise en compte de critères qui ne sont pas médicaux ainsi qu'un manque de motivation s'agissant de la capacité de travail. Dans ce cadre, il souligne que l'expert semble incertain de ses conclusions, relevant notamment l'usage de l'adjectif "probable", de la ponctuation "?" et de la formule "il est donc difficile de se prononcer sur la capacité de travail de [l'assuré]". Il s'étonne que l'expertise ait une valeur probante supérieure aux rapports de ses médecins. Il regrette encore l'absence d'expertise traitant du volet somatique de ses troubles, tels que ses problèmes de dos, ainsi que le fait que la décision litigieuse ne mentionne pas la diminution de rendement de 20% qui leur est liée. Il se plaint finalement d'une violation de son droit d'être entendu par l'absence de mise en place de l'expertise pluridisciplinaire requise dans ses observations des 3 décembre 2012 et 7 mai 2013. Le même jour, il sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale pour la procédure de recours. Par décision du 27 novembre 2013 (608 2013 125) le délégué à l'instruction a admis la requête, dispensé le recourant du versement de l'avance des frais de justice et nommé Me Valentin Aebischer, avocat à Fribourg, défenseur d'office. Dans ses observations du 31 janvier 2014, l'OAI conclut, en substance, au rejet du recours. A l'appui

de ses conclusions, il soutient que le psychiatre traitant de l'assuré est le seul à retenir une incapacité totale de travailler. Il ajoute que le SMR a lui-même admis que l'expertise possédait une entière valeur probante, l'expert ayant même pris soin de contacter les médecins traitants pour obtenir des informations complémentaires. Il relève encore avoir, lors des différentes phases de traitement du dossier, invité les médecins traitants à compléter des rapports alors que, pour sa part, le recourant n'a entrepris aucune démarche pour produire une pièce médicale au dossier. Enfin, il met en exergue que le recourant n'a plus consulté d'expert somaticien depuis 2011, ce qui constitue une preuve de la stabilisation de son état de santé sur ce plan. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position. Invitée à se déterminer à son tour, en sa qualité de fonds LPP à qui la décision attaquée a été notifiée, la caisse de prévoyance du personnel de l'Etat a indiqué ne pas avoir de remarque à formuler par courrier du 3 juillet 2014. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments développés par les parties 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. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Par un premier moyen de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu dès lors que l'OAI n'a pas, malgré ses requêtes répétées, diligenté une expertise pluridisciplinaire. Eu égard à la nature formelle de ce droit, il conviendrait d'examiner

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 préalablement ce grief. Cependant, dans la mesure où il est soulevé en rapport avec le refus d'administrer une expertise pluridisciplinaire, le recourant se plaint d'une mauvaise appréciation anticipée des preuves figurant au dossier. Son argumentation se confond dès lors avec les critiques relatives aux constatations de fait. Elle sera donc traitée avec le fond du litige. 3. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. 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. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). b) 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 déterminée aussi objectivement que possible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références). 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 346 consid. 5.3 et 6). c) 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. L'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 aRAI (cf. art. 87 al. 2 RAI;

ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'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 conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5.4). 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). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (Tribunal fédéral, arrêt 9C\_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au

regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, en principe à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). 4. En l'espèce, est litigieuse, la question de savoir si l'assuré est en droit de bénéficier d'une rente de l'AI, laquelle dépend d'une appréciation de son état de santé. a) S'agissant des troubles somatiques, l'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée, soit une activité épargnant le rachis, sans port de charge supérieure à 15kg, sans travail sur des échelles ou des échafaudages, sans position à genoux ou accroupie et permettant l'alternance des positions assise et debout. L'office reprend en cela les limitations citées par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, dans son rapport du 11 janvier 2013 (dossier OAI, pièce 348). Ce médecin renvoie lui-même au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 27 mai 2013, ce dernier citait un "syndrome thoraco-lombo-vertébral chronique sur atteinte dégénérative [...]" et un diabète comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, bien qu'il n'ait pas revu l'assuré depuis février 2011 (dossier OAI, pièce 370). Dans un rapport d'août 2011, citant des diagnostics semblables, le médecin soulignait n'avoir jamais attesté d'incapacité de travail. Il fixait la capacité de travail à 100%, avec perte de rendement de 20% dans l'ancienne activité et sans diminution de rendement dans une activité adaptée (dossier OAI, pièce 230). A la lecture du dossier de la cause, force est de constater que la capacité de travail et les limitations retenues sur le plan somatique apparaissent convaincantes. Ces limitations ne sont par ailleurs pas contestées par les autres médecins de l'assuré. Ainsi, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, renvoie, dans son rapport du 7 août 2013, aux spécialistes concernés, notamment le Dr F. \_\_\_\_\_, tout en estimant qu'une activité adaptée semble envisageable (dossier OAI, pièce 383; cf. aussi pièce 250). Pour sa part, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, renvoie au Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour l'évaluation de la capacité de travail (dossier OAI, pièces 162, 207 et 383). Quant à l'actualité des limitations retenues, il appert que le recourant n'a plus consulté le Dr F. \_\_\_\_\_ pour le traitement de ses douleurs dorsales depuis 2011 (dossier OAI, pièces 230 et 370). Cette absence de traitement et de suivi thérapeutique parle en défaveur

d'une péjoration de ces troubles. A ce titre, la simple affirmation du recourant selon laquelle ils se seraient aggravés, sans apporter le moindre avis médical à l'appui de cette thèse, ne permet pas de renverser ce constat. S'agissant des autres troubles allégués, notamment l'hyperplasie de la prostate ou le diabète, force est de constater que les médecins n'ont jamais indiqué, tant actuellement que par le passé, qu'ils seraient incapacitants dans une activité adaptée (cf. dossier OAI, pièces 230, 250, 348 et 383). Le recourant n'affirme par ailleurs pas que tel serait le cas.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Partant, au vu des conclusions claires et non disputées sur le plan somatique, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire contenant un volet rhumatologique n'est pas nécessaire. Par conséquent, les conclusions en requérant la mise en place doivent être rejetées. Dans la mesure où l'autorité intimée suit les conclusions des Drs E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail sur le plan somatique, la décision litigieuse doit être confirmée. b) Sur le plan psychique, l'autorité intimée s'est fondée sur l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du

### **E. 23**

août 2012. Le dossier étant suffisamment instruit sur le plan psychique, la réalisation d'une nouvelle expertise n'apparaît dès lors pas nécessaire. c) Dans le cadre de son recours, l'assuré ne remet pas en cause la comparaison des revenus effectuée par l'autorité intimée. Force est de constater que celle-ci n'est du reste pas criticable. C'est ainsi notamment à juste titre que l'autorité intimée a fondé le salaire dans cette activité sur la moyenne du secteur privé de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires 2010 (ESS 2010; tableau TA1, total niveau 4, hommes). En effet, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recouvrent les données ressortant de l'ESS, un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux restrictions fonctionnelles dont souffre le recourant.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 En outre, l'autorité intimée a encore tenu compte d'une réduction supplémentaire de 10% au titre de désavantage salarial. Au regard du large pouvoir d'appréciation qui lui est reconnu en la matière, cette manière de faire échappe à la critique. Même si on devait adapter les salaires d'invalides et de valides en tenant compte de l'indexation pour l'année 2012, année de référence déterminante dont l'OAI n'a pas tenu compte, cela ne modifierait pas de manière substantielle le degré d'invalidité du recourant, celui-ci, fixé par l'OAI à 13%, demeurant largement inférieur aux conditions d'octroi d'une mesure de réadaptation ou d'une rente de l'assurance-invalidité. d) Au vu de l'ensemble qui précède le recourant ne remplit pas les conditions d'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Ce degré d'invalidité ne donne pas droit non plus à des mesures de réadaptation, par exemple, comme en l'espèce, au reclassement dans une nouvelle profession. Outre que ce taux est largement inférieur aux 20% formulés par la jurisprudence, aucun autre motif ne justifierait l'octroi de telles prestations. En particulier, ce n'est pas parce qu'il a obtenu un premier reclassement dans une profession qu'il peut prétendre à de nouvelles mesures à ce titre. 5. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, l'OAI disposait de suffisamment d'éléments pour rendre la décision litigieuse et c'est avec raison que des mesures de réadaptation et qu'une rente d'invalidité ont été refusées au recourant. Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée. Conformément aux art. 142 et 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), le mandataire du

recourant peut prétendre ici à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. Le 29 juin 2015, ce dernier a produit sa liste de frais, comptabilisant des honoraires à hauteur de 5'729 francs – équivalant à 24,91 heures au tarif de 230 francs – et des débours d'un montant de 115 francs, dont 43 francs de photocopies à 50 centimes par page et des frais de port pour recommandés fixés à 6 francs/envoi, pour un total TVA comprise de 6'351 francs. Cependant, au regard de l'art. 12 al. 1bis du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12), en cas de fixation sur la base d'une liste de frais détaillée, l'indemnité horaire est de 180 francs. Par ailleurs, certaines opérations comptabilisées, dont plus de 8,5 heures d'honoraires, sont antérieures au prononcé de la décision litigieuse. Finalement, les photocopies sont indemnisées à raison de 40 centimes par copie (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA), et le tarif de 6 francs par recommandé ne correspond pas au tarif effectif. Partant, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle peut prétendre le mandataire du recourant à un montant de 3'196 fr. 80, soit 2'880 francs à titre d'honoraire (16 x 180), 80 francs à titre de débours et 236 fr. 80 au titre de la TVA (8%). Ce montant total est intégralement pris en charge par l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours de A. \_\_\_\_\_ est rejeté. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. III. L'indemnité allouée à Me Valentin Aebischer en sa qualité de défenseur d'office est fixée à 2'960 francs, plus 236 fr. 80 au titre de la TVA, soit à un total de 3'196 fr. 80. Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. IV. Communication. 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 juillet 2015/pte Président Greffier

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