

FR_GERICHTE 608 2016 70 vom 14. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_70

FR: FR_GERICHTE 608 2016 70 du 14 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 70 del 14 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 2

Le requérant se plaint d'abord du fait que l'OAI n'a pas donné suite à sa requête du 16 mars 2016 tendant à la consultation de son dossier. Par ce biais, il se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu. a) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du requérant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités). Le droit de consulter le dossier en est un aspect (ATF 132 II 485 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, il s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier et garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2; 129 I 85 consid. 4.1; 125 II 473 consid. 4c/cc; 121 I 225 consid. 2a). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 I 72; 126 V 132 consid. 2b et les références). b) Le 16 mars 2016, le requérant, par le biais de son mandataire nouvellement constitué a requis que son dossier lui soit transmis pour consultation. Ce n'est que le 6 avril 2016 – soit 20 jours plus tard – que l'autorité intimée a transmis le dossier au mandataire du requérant. En l'occurrence, la requête de consultation du dossier a été déposée à proximité de l'échéance du délai de recours. En présence d'un délai légal – qui ne pouvait pas être suspendu, interrompu ou prolongé – il appartenait à l'autorité intimée de transmettre le dossier à son assuré dans les plus brefs délais afin qu'il puisse sauvegarder son droit d'être entendu. A tout le moins, dans les circonstances très particulières d'espèce, l'office se devait-il d'inviter son assuré à venir consulter son dossier dans ses locaux si un délai raisonnable pour l'envoi ne pouvait pas être respecté. Cela n'a pas été fait. L'autorité intimée a mis plus de vingt jours pour transmettre le dossier alors même que le délai de recours continuait à s'écouler. Cela n'est pas acceptable, en particulier si l'on tient compte du fait que les dossiers AI sont aujourd'hui informatisés et transmis sous la forme de CD-ROMS gravés. On peut, à cet égard, relever que lors d'une précédente requête, alors même que les conséquences du non-respect d'un délai légal n'entraient pas considération, l'OAI avait transmis le dossier dans un délai

nettement plus court (dossier OAI, pièces 145 et 148). Il y a, partant, violation du droit d'être entendu. c) Cela étant, en présence d'une violation du droit d'être entendu, la question qui se pose est celle de savoir si dite violation peut être réparée. A cet égard, la Cour relève qu'en l'espèce, la violation du droit d'être entendu ne peut pas être qualifiée de grave. En effet, on ne saurait oublier que le mandataire du recourant avait informé l'OAI que son étude serait fermée entre le 25 mars et le 3 avril 2016 (dossier OAI, pièce 172). A ce titre, l'OAI pouvait raisonnablement considérer qu'une transmission durant cette période n'était pas nécessaire ou souhaitée. En outre, le recourant possédait un exemplaire relativement récent de son dossier, transmis à son ancien mandataire dans le cadre de la procédure d'objection au projet de décision du 15 avril 2015 (dossier OAI, pièce 148). Par ce biais, il a été en mesure de contester la décision ici litigieuse. Enfin, on doit relever que le recourant aurait eu tout loisir de consulter le dossier de l'assurance-invalidité mis à disposition par le Tribunal cantonal, ce qui n'a pas été nécessaire dès lors qu'il s'est vu remettre entretemps un exemplaire directement par l'OAI. Dans un tel contexte, on doit admettre que conformément à la garantie du droit d'être entendu, le vice formel a été réparé devant la Cour des assurances sociales, qui possède un plein pouvoir d'examen.

E. 3

A teneur 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 LAI, 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. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose en particulier 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; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

E. 4

a) 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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. b) La méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu 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). L'art. 16 LPGGA 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). Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du

E. 7

juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les

activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011, consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5 p. 78 ss). 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. II

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 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). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, 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). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). c) 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, 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 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). 6. Est litigieuse, la question de savoir si l'assuré peut prétendre à une rente de l'AI, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé. Il n'est en l'espèce pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne profession de maçon. Par contre, dans la décision ici litigieuse, l'OAI soutient que son assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein mais avec un rendement diminué de 25%. Une telle activité doit être légère, sans port de charges de plus de 10 kg, sans position statique prolongée en porte-à-faux du rachis lombaire, sans exposition au froid, sans horaires irréguliers et permettant l'alternance des positions assises et debout. L'OAI se fonde en cela sur l'avis du Dr D. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR. Force est néanmoins de constater que le médecin SMR procède à une lecture inexacte des rapports présents dans le dossier asséculogique (dossier OAI, pièces 118; cf. ég. rapport du

novembre 2015, pièce 164). En effet, le médecin SMR – qui n'a pour sa part pas procédé à un examen sur la personne du recourant - indique que le "médecin traitant atteste une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle [...] de 75% dans une activité adaptée (plein temps avec un rendement de 75%). Cette appréciation du médecin traitant qui intègre l'ensemble des atteintes à la santé est médicalement cohérente" (dossier OAI, pièces 118; cf. ég. rapport du 11 novembre 2015, pièce 164). Or, le Dr E._____, généraliste, affirme non pas que la capacité de travail est de 75%, mais que la perte de rendement est de 75%. Ainsi, à la question "dans quelle mesure faut-il s'attendre à une diminution du rendement" le médecin répond d'abord "75%", puis "rendement 75%" (rapports du 2 septembre 2014 et du 6 novembre 2015, dossier OAI, pièces 115 et 163). Dans un autre rapport adressé à l'OAI mais ne figurant pas dans son dossier, le généraliste précise que "même en dehors d'une activité manuelle, le patient ne pourrait travailler plus de 2h par jour et dans des conditions optimisées" (rapport du 1er mai 2015, annexe aux contre-observations). En présence d'une telle erreur, qu'une comparaison entre les rapports du médecin traitant aurait d'emblée permis de détecter, l'avis du Dr D._____ – qui formait son appréciation uniquement sur les pièces du dossier - ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante. On ne saurait non plus se baser sur les différents rapports du Dr E._____, celui-ci prenant manifestement aussi en compte des troubles psychiques. Le généraliste fait notamment état de l'existence d'un "syndrome dépressif moyen [...] réactionnel en raison de sa situation sociale (absence de travail)" dans son rapport du 6 novembre 2015 (dossier OAI, pièce 163). Or, de jurisprudence constante, l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un spécialiste en psychiatrie, ce que le généraliste n'est pas. On peut encore souligner que l'évaluation de la capacité de travail par le médecin traitant semble influencée par des facteurs socio-économiques lorsqu'il précise que son patient "n'a aucune qualification autre que ses qualifications manuelles. Un travail administratif aurait pu être envisagé sinon" (rapport du 2 septembre 2014, dossier OAI, pièce 115). De tels facteurs ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Enfin, on ne peut pas s'appuyer sur les autres rapports médicaux présents au dossier, ceux-ci n'examinant pas de manière complète la question ici litigieuse de la capacité de travail. La Dresse F._____, spécialiste FMH en chirurgie, ne traite ainsi que de la capacité de travail dans l'ancienne activité (dossier OAI, pièce 111). Pour leurs parts, la Dresse G._____, spécialiste FMH en cardiologie, et la Dresse H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en oncologie, renvoient au médecin traitant s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail (dossier OAI, pièces 87, 103, 105 et 155). Enfin, le Dr I._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, n'a examiné le recourant qu'une seule fois "pour un bref contact" de sorte que son avis ne semble pas particulièrement approfondi (dossier OAI, pièce 65). Il ressort de ce qui précède que plusieurs questions sont laissées ouvertes – voire n'ont pas fait l'objet de mesures d'instruction comme par exemple les troubles psychiques dont l'existence est évoquée par le médecin traitant – et il n'est pas possible de se déterminer sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Dans la mesure où il n'appartient pas à la Cour de céans de combler de telles lacunes d'instruction, la cause doit être renvoyée à l'autorité intimée. Il lui appartiendra de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires avant de rendre une nouvelle décision. En raison du renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction, la requête de débats publics devient sans objet, la cause étant manifestement bien fondée. 7. Dans ces circonstances, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision

attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Compte tenu de l'issue du litige, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de CHF 800.-, lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens pour ses frais de défense. Le 22 décembre 2016, son mandataire a produit sa note d'honoraires et débours comptabilisant un montant de CHF 6'770.83 au titre des honoraires (1'625 minutes à CHF 250.-/heure), CHF 338.54 au titre des débours, CHF 568.- au titre de la TVA et CHF 800.- au titre de l'"avance de frais". Toutefois, la durée déterminante pour les honoraires (plus de 27 heures) dépasse ce qui est raisonnablement admis dans ce type de cas et n'est, en tous les cas, pas justifiée par la difficulté et la taille du présent dossier, même compte tenu de l'existence d'une violation du droit d'être entendu. L'avance de frais a, pour sa part, déjà été comptabilisée de manière séparée de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'en tenir compte une seconde fois. Partant, il se justifie de fixer ex aequo et bono l'indemnité de partie à laquelle le recourant peut prétendre pour ses frais de défense à un montant global de CHF 4'600.- (18 heures à CHF 250.-), débours (CHF 100.-) compris, plus CHF 368.- au titre de la TVA à 8%, soit à hauteur d'un montant total de CHF 4'968.-. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. II. Il est alloué au recourant une indemnité de partie de CHF 4'600.-, débours compris, plus CHF 368.- au titre de la TVA, soit à hauteur d'un montant total de CHF 4'968.-, mis à la charge de l'autorité intimée. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. IV. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée. V. 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 14 février 2017/pte Président Greffier

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