

FR_GERICHTE 608 2016 72 vom 14. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_72

FR: FR_GERICHTE 608 2016 72 du 14 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 72 del 14 febbraio 2017

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2016 72 608 2016 73 Arrêt du 14 février 2017 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux Greffier: Philippe Tena Parties A. _____, recourant, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité Recours (608 2016 72) du 6 avril 2016 contre la décision du 16 février 2016 et requête (608 2016 73) d'assistance judiciaire totale du même jour déposée dans le cadre de la procédure précitée Tribunal cantonal TC Page 2 de 8 considérant en fait A. A. _____, né en 1955, domicilié à B. _____, titulaire d'une autorisation d'établissement, marié, travaillait en tant qu'ouvrier intérimaire, notamment dans la production et la construction, selon ses dires jusqu'en 2008. Depuis juin 2012, il émarge à l'aide sociale. Le 8 juillet 2013, il a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), à Givisiez, indiquant souffrir depuis 2008 d'un diabète et de problèmes de tension, cardiaques et veineux. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a requis l'avis des médecins traitants ainsi que de son Service médical régional. Il a également diligenté un stage de préparation de trois mois auprès de C. _____ et de D. _____ (en outsourcing) en 2014. Par décision du 16 février 2016, confirmant un projet du 4 janvier 2016, l'OAI a rejeté la demande de rente sur la base d'un degré d'invalidité inférieur à 40%. B. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 14 avril 2016 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'un trois-quarts de rente, et subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son recours, il soutient que son état de santé – en particulier le diabète – entraîne une perte de rendement professionnel, laquelle peut être appréhendée par le biais du rapport de C. _____. Selon lui, dans la mesure où il ne peut exercer son activité antérieure qu'à un taux de 40%, il a droit à trois-quarts de rente. Par requête du même jour, l'assuré requiert être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale (608 2016 73) et à ce que son mandataire, Me Benoît Sansonnens, soit désigné défenseur d'office. Dans un second temps, par courrier du 27 avril 2016, il produit un rapport médical de son médecin traitant faisant valoir que seule une activité de bureau peut désormais être envisagée avec un rendement inférieur à 50%. C. Dans ses observations du 17 juin 2016, l'OAI propose le rejet du recours sans se prononcer sur la requête d'assistance judiciaire. Il relève d'abord que le recourant a été en mesure de travailler en tant qu'ouvrier de la construction après la survenance alléguée de son invalidité

en 2008 et que sa forme physique était considérée comme bonne lors des mesures d'insertion sociale ultérieures. Il soutient que le recourant ne consulte ses médecins que de manière très irrégulière et que les deux premiers mois de stage effectués à C._____ montrent un bon rendement dans les travaux de production. Il indique que le médecin traitant considère son patient comme entièrement apte au travail, compte tenu d'une perte de rendement de 25%. Pour ces motifs, il estime que son assuré peut reprendre une activité lucrative dans une mesure n'ouvrant pas le droit à la rente. D. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures. 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. Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision sur opposition querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) 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). 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 LPG), 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 manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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 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 LPG, 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'invalide 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). 3. 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. 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

4. Est litigieuse, en l'espèce, 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.

a) L'assuré se prévaut d'abord des observations faites dans le cadre du stage auprès de D. _____ en 2014, lesquelles font état d'un rendement diminué de 60%. Toutefois, c'est en vain que le recourant s'appuie sur ces conclusions. En effet, à aucun moment, les responsables du stage affirment que la diminution de rendement est due à une atteinte à la santé. Au contraire, ils mentionnent une "impression de peu de motivation" et le fait que le recourant "n'a pas montré d'intérêt dans ce qu'il fait", se demandant "est-ce la difficulté de compréhension des consignes à cause de la langue, le manque d'intérêt à reprendre une activité ou une conséquence de son intervention médicale qui donne cette impression et cette lenteur d'exécution? Cela reste difficile à définir" (cf. rapport du 4 juin 2014, dossier OAI, pièce 149). Partant, à aucun moment les responsables du stage ne tranchent à satisfaction de droit la question de savoir si une atteinte à la santé influence le rendement du recourant. Cela n'est par ailleurs pas leur mandat, cette tâche appartenant aux médecins. En effet, de jurisprudence constante, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, ces dernières étant susceptibles d'être influencées par des éléments

subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. arrêt TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.1; ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 b) Il convient dès lors d'examiner les données médicales au dossier, lesquelles permettent une appréciation objective du cas. Dans son premier rapport, le Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, diagnostique notamment un syndrome métabolique, une maladie coronarienne et une artériopathie. Lors de la rédaction de ce rapport, il précise toutefois à l'assureur-invalidité ne pas avoir revu le patient depuis plus de huit mois. Il n'examine alors pas la question de la capacité de travail (rapport du 5 août 2013 et son annexe, dossier OAI, pièce 28). Dans un rapport du 15 avril 2016, produit postérieurement au recours, le médecin fait état de diagnostics identiques, mais précise que son patient "est pour [lui] inapte au travail en qualité de maçon ou de manœuvre sur un chantier à 100%. [Il] ne peut avoir une activité professionnelle telle que travailler sur des échafaudages, chantiers ainsi que la conduite de véhicule professionnelle dans laquelle une altération de la vigilance pourrait mettre sa vie en danger. Une activité de bureau pourrait être envisagée, mais ceci signifie un reclassement professionnel et le rendement serait probablement de moins de 50%". Cet avis médical a été établi postérieurement à la décision litigieuse de sorte que les constats médicaux y figurant ne doivent en principe pas être pris en compte dans la présente procédure. Cela étant, même si on devait en tenir compte, ce rapport ne saurait convaincre. En effet, il appert que le médecin n'est pas consulté de manière régulière par l'assuré (dossier OAI, pièces 28 et 57). En outre, l'évaluation de la capacité de travail est fermement contestée par le Dr F. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, lequel la décrit comme ne reposant "pas sur un fondement médical rationnel et cohérent" (cf. rapport du 16 juin 2016). On peut se joindre à cet avis, étant relevé que les limitations mentionnées par le médecin ne semblent pas particulières au vu de l'âge du recourant et ne permettent pas de justifier une perte de rendement de 50%. A cet égard, on peut relever que le médecin semble prendre en compte des facteurs extra-médicaux dans l'évaluation de la capacité de travail. Il fait ainsi pêle-mêle mention de "l'âge du patient, son hypo-mobilité, ses ressources, les conséquences générales de l'altération de son état de santé et la non reprise professionnelle depuis de nombreuses années". Partant, l'avis du Dr E. _____ ne convainc pas en ce qui concerne une limitation de la capacité de travail d'au moins 50%, même pour une activité tenant compte de certaines limitations fonctionnelles. Le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, renvoie dans un premier temps l'Office au Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en cardiologie, lequel "suit ce patient pour son incapacité de travail" (courrier du 23 août 2013, dossier OAI, pièce 43). Après ces renvois, le Dr G. _____ a cependant attesté que son patient était entièrement incapable de travailler durant les mois de mars et d'avril 2014. Cela était, selon lui, dû à une "hypertension artérielle mal contrôlée entraînant des symptômes handicapants". Toutefois, "selon le médecin traitant, [son patient] est en mesure de reprendre des mesures professionnelles" (rapport d'entretien téléphonique du 29 avril 2014, dossier OAI, pièce 125; cf. égal. pièces 92, 96, 99, 106 et 110ss). Enfin, le Dr H. _____ a fait état d'une "cardiopathie ischémique" et d'une "artériopathie des membres inférieurs". Dans un rapport de septembre 2013, le médecin indique qu'il n'a pas revu son patient depuis 2011 (rapport non daté, dossier OAI, pièce 70). Le 20 mai 2015, il ajoute qu'il "ne connaît pas sa profession" et qu'il ne l'a pas revu depuis février 2014 (dossier OAI, pièces 112, 163 et 167). Ce n'est que dans un rapport du 15 avril 2014 que le médecin examine la question de la capacité de travail, faisant état d'une diminution de rendement de 50% dans l'ancienne

activité Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 et de 75% dans une activité adaptée (dossier OAI, pièce 119). Outre le fait que cette évaluation est contradictoire dans la mesure où la diminution de rendement est plus élevée dans une activité adaptée que dans l'ancienne activité, on peut douter de la validité de l'estimation de la capacité de travail faite par un médecin qui affirme ne pas connaître la profession de son patient. A tout le moins, dans la mesure où le cardiologue n'est plus consulté depuis février 2014 sans qu'un remplaçant ne soit mentionné, il ne semble pas que les troubles cardiaques influencent encore l'état de santé du recourant. L'incapacité de travail de 50% ou 75% y relative n'a pu exister qu'entre septembre 2013 (rapport non daté, dossier OAI, pièce 70) et février 2014 (rapport du 20 mai 2015, dossier OAI, pièces 163 et 167). Au final, force est de constater que le Dr F. _____ est le seul médecin qui présente une thèse vraisemblable dans ses différents rapports, soit que le recourant doit exercer une "activité légère, demandant peu de capacité de marche, possiblement debout, port de charge exceptionnellement au dessus de 15 kg". Dans une telle activité, la capacité de travail est entière sans perte de rendement, après toutefois une augmentation progressive depuis 50% (rapports des 19 décembre 2013 et 26 novembre 2014, dossier OAI, pièces 84 et 158). Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'instance de céans constate que l'assuré n'est suivi par le corps médical que de manière très irrégulière. En outre, ce corps médical ne fait pas état d'une incapacité de travail claire de longue durée. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de rente. Mal fondé, le recours (608 2016 72) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 5. Enfin, le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2016 73) pour la procédure de recours. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recours contre la décision du 16 février 2016 ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec, quand bien même ses chances de succès étaient particulièrement minces, comme il l'a été démontré ci-dessus. Par ailleurs, le recourant est soutenu par le Service social I. _____. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie. Enfin, il faut admettre que l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans se trouve ici justifiée. Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 608 2016 73 et de désigner au demandeur Me Benoît Sansonnens, avocat, en tant que défenseur d'office. Ce dernier a droit à une indemnité à ce titre fixée selon sa liste de frais du 28 juin 2016, laquelle totalise 9.39 heures qu'il sied d'indemniser à CHF 180.-/h, pour une somme de CHF 1'679.40, à laquelle s'ajoutent CHF 132.10 de frais et CHF 203.55 au titre de la TVA, soit un montant total de CHF 2'015.05, intégralement mis à la charge de l'Etat de Fribourg. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont pas prélevés dans la mesure où le recourant bénéficie de l'assistance judiciaire gratuite totale. la Cour arrête: I. Le recours (608 2016 72) est rejeté. II. La requête

(608 2016 73) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Benoît Sansonnens, avocat, désigné en tant que défenseur d'office. III. Il est alloué à ce dernier une indemnité de CHF 1'811.50, plus CHF 203.55 au titre de la TVA, soit un montant total de CHF 2'015.05, intégralement mis à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. 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.