

FR_GERICHTE 608 2018 136 vom 28. Januar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_136

FR: FR_GERICHTE 608 2018 136 du 28 janvier 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 136 del 28 gennaio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités).

E. 2.1

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 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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.

E. 2.2

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalidité, 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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 classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469).

E. 2.3

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). 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 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). 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) 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; arrêt TFA 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). 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, 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).

E. 3

En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation de son état de santé par l'OAI et requiert la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Le dossier médical débute avec l'accident survenu en novembre 2013, à la suite duquel l'assuré s'est soumis à une intervention chirurgicale à la cheville, en mars 2014. En mai 2014, le Dr F. _____, spécialiste en orthopédie ayant procédé à l'opération, fait un bilan rassurant et confirme l'exigibilité de l'activité de serveur dans le futur. C'est alors qu'apparaît une composante psychiatrique, avec le début d'une prise en charge spécialisée par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en septembre 2014. Celui-ci retient le diagnostic d'état dépressif léger (F32.0) et fait mention d'un éthyliste chronique, alors en rémission. Il estime que son patient n'est pas en mesure de travailler à plus de 50%. Cet avis est partagé par le Dr H. _____, médecin généraliste traitant, lequel envisage toutefois l'éventualité d'une augmentation du taux d'activité, selon l'évolution. Le 10 juillet 2015, le Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie œuvrant au sein du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), considère que les pièces médicales au dossier ne permettent pas de justifier la poursuite d'une incapacité de travail par les atteintes objectives à la santé. En août 2015, le psychiatre traitant maintient l'incapacité de travail de 50%, se référant alors à un état dépressif moyen et parlant d'une aggravation "depuis qu'on l'oblige de travailler à plein temps. De toute évidence il est surchargé et déçu de la décision du médecin d'AI". Il préconise la réalisation d'une expertise. En octobre 2015, le généraliste traitant rapporte également une aggravation, en lien cette fois avec une tendinite au niveau du tendon d'Achille gauche, entravant l'exécution de son activité de serveur. Il recommande une activité adaptée, essentiellement assise et permettant des changements de position. C'est dans ce contexte que l'OAI se décide à mettre sur pied deux expertises, l'une orthopédique et l'autre psychiatrique, afin de clarifier la situation. En résumé, dans son rapport du 28 novembre 2016, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, conclut que l'assuré "ne présente pas de troubles psychiques majeurs justifiant des limitations

fonctionnelles importantes". L'expert ne retient dès lors aucun diagnostic invalidant et considère dès lors que celui-ci est en mesure de travailler à plein temps, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une autre activité adaptée. Dans son rapport du 27 novembre 2016, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, procède à l'anamnèse ainsi qu'à

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 un examen clinique détaillé, comprenant la consultation du dossier radiologique existant. Il retient les diagnostics suivants: statut après réduction orthopédique et immobilisation de fracture-luxation tri-malléolaire Weber B cheville droite, status après réduction et ostéosynthèse, status après ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse, rachis lombaire dégénératif et enfin forte suspicion de rupture du tendon d'Achille gauche. Admettant que la capacité de travail était en principe à nouveau entière après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, mais à nouveau limitée à 50%, avec une diminution de rendement de 20%, du fait de la lésion supposée au tendon d'Achille. Appelée à se déterminer, le médecin SMR approuve globalement l'expertise, mais s'en écarte sur plusieurs points. Il relève tout d'abord qu'un diagnostic ne peut pas concerner "une suspicion". Il ajoute que la baisse de rendement n'est pas médicalement argumentée. Il termine en notant que si une incapacité de 50% peut sembler cohérente dans l'activité habituelle au vu des limitations fonctionnelles (marche prolongée, montée sur échelle et utilisation d'escaliers; alternance des positions debout et assise), tel n'est pas le cas dans une activité adaptée (activité sédentaire et sans charges). Le Dr K. _____ prend position à cet égard le 30 mars 2017 et se rallie à la position du médecin SMR. Il évoque notamment le fait que "la capacité de travail attestée de 50% dans l'activité habituelle compte tenu des limitations fonctionnelles attestées s'entendait dans l'attente d'une prise en charge de la pathologie tendineuse. Il va sans dire qu'il n'y a pas de baisse de rendement". C'est sur cette base qu'un projet de décision refusant le droit à une rente est établi par l'OAI, en date du 7 juin 2017. Différents rapports sont remis par l'assuré dans le cadre des objections à ce projet: - Le 30 juillet 2017, la Dresse L. _____, désormais généraliste traitante, pose les diagnostics d'état dépressif et d'arthrose invalidante. Elle relève notamment ce qui suit: "Depuis que je suis A. _____, il est gêné par des douleurs aux genoux ddc, avec difficulté à marcher et à garder la position assise longtemps. Pour l'instant, il ne souhaite pas la prise en charge chirurgicale proposée par le Dr F. _____ et il n'a pas eu des améliorations avec la physiothérapie. Donc je ne vois pas la possibilité d'une amélioration". Au plan psychiatrique, elle renvoie à l'avis du psychiatre traitant (cf. ci-dessous). - Le 23 février 2018, le Dr M. _____, désormais psychiatre traitant, retient le diagnostic d'épisode dépressif récurrent (F33), épisode actuel léger sans syndrome somatique et trouble de la personnalité de type dépendant (F60). Il conclut à une incapacité totale de travail, dans toute activité. Le 5 avril 2018, le médecin SMR considère que ces nouveaux rapports n'apportent aucun fait nouveau sur le plan médical objectif depuis les expertises et qu'aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est requise. C'est sur cette base que la décision litigieuse a été rendue. A l'appui de son recours, l'assuré dépose encore un rapport établi le 7 mai 2018 par le Dr F. _____, accompagné d'un rapport d'examen réalisé par le laboratoire N. _____ le lendemain (radiographie de la cheville et ultrason du tendon calcanéen gauche). Ce médecin indique que l'assuré s'est présenté chez lui suite à la décision rendue par l'OAI, en se plaignant de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 douleurs persistantes aux deux genoux, associées à un manque de force du mollet gauche sur une probable ancienne lésion du tendon d'Achille.

Après examen, il atteste une coxarthrose gauche et droite sévère ayant pour conséquences les douleurs annoncées aux genoux. "A l'examen clinique je remarque également une lésion chronique du tendon d'Achille avec amyotrophie du mollet. Afin de poser un bilan concernant cette lésion je demande une échographie à la recherche d'une déchirure partielle. Le patient retournera chez son médecin traitant pour le résultat et la suite de la prise en charge".

E. 4

Appelée à statuer, la Cour de céans constate tout d'abord que les griefs du recourant portent avant tout sur la composante orthopédique, sous deux aspects en particulier: d'une part, la valeur probante de l'expertise du Dr K. _____ et, d'autre part, l'instruction de l'atteinte au tendon d'Achille. Ces deux éléments sont en soi intimement liés, dès lors que c'est l'atteinte au tendon d'Achille qui conduisait l'expert à retenir une incapacité de travail, avant qu'il ne revienne sur son appréciation, suite à l'intervention du SMR, et retienne une pleine capacité de travail.

E. 4.1

De l'avis des juges de céans, le revirement opéré par l'expert en orthopédie n'est pas critiquable. Il met au contraire en exergue le fait que les remarques émises par le médecin SMR étaient pertinentes: il convient en effet de concéder que l'évaluation de la capacité de travail, réduite en raison de la possibilité (alors non confirmée) d'une atteinte au tendon d'Achille, n'était pas réellement probante. De même, une diminution supplémentaire du rendement, à hauteur de 20%, n'était pas motivée, et donc pas convaincante non plus. Dans ces conditions, le fait que l'expert, confronté à ces remarques, décide de modifier son appréciation, paraît parfaitement soutenable: quand bien même il l'a fait de manière relativement brève suite à l'interpellation du médecin SMR, sa position n'en demeure pas moins cohérente. Au demeurant, même si la problématique au tendon d'Achille était avérée, on peut tout au plus admettre qu'elle fût de nature à entraver l'exercice d'une activité de sommelier, nécessitant une station debout prolongée avec de nombreux déplacements. Tel n'est par contre pas le cas dans le cadre d'une activité adaptée telle que celle retenue par l'OAI, plus statique. C'est d'ailleurs bien dans ce sens que s'orientaient les conclusions du Dr H. _____ qui, en octobre 2015 déjà, signalait ce problème de tendinite entravant l'activité de serveur, tout en évoquant la possibilité d'une activité adaptée, à savoir essentiellement assise et permettant des changements de position. Cet avis, qui rejoint implicitement celui du Dr K. _____, n'est pas contredit par le rapport du Dr F. _____ remis à l'appui du recours, ni par celui de la Dresse L. _____, dans la mesure où aucun d'entre eux ne prend position au sujet de la capacité de travail de l'assuré. Les mêmes considérations peuvent également être appliquées au diagnostic de coxarthrose sévère retenu par le Dr F. _____. On relèvera à cet égard que le Dr K. _____ a procédé à un examen clinique détaillé du recourant (comprenant notamment le contrôle des hanches et des genoux), qu'il a également consulté le dossier radiographique (incluant des radiographies des genoux effectuées en février 2015), sans mention particulière. Il convient également de noter que ledit recourant n'a formulé aucune plainte à cet égard au moment de l'expertise.

E. 4.2

Au plan psychiatrique, l'expertise du Dr J. _____ se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que l'expert ait reçu personnellement le

recourant. Elle prend également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Dès lors que l'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, elle a en soi pleine valeur probante. A ce titre, les rapports émis tant par l'ancien psychiatre traitant que par le nouveau ne sont pas susceptibles d'ébranler cette conviction. Ils ne sont en effet que faiblement motivés, en particulier s'agissant des motifs justifiant une réduction de la capacité de travail. Par ailleurs, et surtout, on constate que les rapports en question, et en particulier les derniers en date, ne font état que d'un état dépressif de degré léger. L'unique rapport rapportant un état dépressif moyen, remis par le Dr G._____, date de la fin août 2015, et l'aggravation semble avant tout justifiée par la déception réactionnelle à l'évaluation de son dossier par le médecin SMR. De plus, paradoxalement, ce dernier y admet une incapacité de travail résiduelle de 50%, alors que le Dr M._____ conclut à une incapacité totale de travail sur la base d'un diagnostic moins grave (épisode dépressif léger). Dans ce contexte, les explications fournies par le Dr J._____ emportent largement la conviction de la Cour. Son avis, basé sur une connaissance approfondie du dossier, découlant notamment de l'anamnèse et de l'examen clinique, est tout à fait cohérent. Il explique de manière convaincante que son examen psychiatrique "met certes en évidence un trouble de la personnalité, vraisemblablement présent de longue date, mais sans signe de décompensation notable". Il note en particulier que l'accident subi en novembre 2013 n'était pas particulièrement grave, ni dramatique. Par ailleurs, il relève que "la dépendance à l'alcool est vraisemblable mais elle n'a aucune conséquence sur le plan cognitif ou sur la santé somatique. Elle ne représente pas de facteur notable de diminution de la capacité de travail". Il en déduit que le recourant "ne présente pas de troubles psychiques à même de justifier une limitation des capacités fonctionnelles". L'avis émis ultérieurement par le Dr M._____ ne fournit aucun élément crédible pouvant infléchir cette évaluation. Celui-ci ne motive en effet en aucune manière les motifs qui le font nier la possibilité pour son patient de reprendre une activité lucrative. Comme relevé plus haut, la seule présence des diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode léger) et de trouble de la personnalité de type dépendant, avec un suivi et une médication peu intensifs, paraît difficilement pouvoir accréditer pareille conclusion.

E. 4.3

Il découle de ce qui précède qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire et que l'OAI était fondé à retenir, sur la base des expertises figurant au dossier, que le recourant dispose encore d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le résultat de la comparaison des revenus à laquelle il a été procédé, aboutissant à un taux d'invalidité de 1.95%, n'a pas été formellement contesté par le recourant et peut être avalisé par l'Instance de céans. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 5

Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale.

E. 5.1

Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Aux termes de l'art. 142 du Code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des 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). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3).

E. 5.2

S'agissant de la première condition, il ressort des pièces produites que le recourant est soutenu financièrement par le Service social, de sorte que l'on peut admettre qu'il ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite le 18 mai 2018 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant de la seconde des conditions, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissent pas à première vue d'un grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 137) est admise et que Me Daniel Känel, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office.

E. 5.3

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée. Conformément aux art. 142 ss CPJA et à l'art. 12 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), et sur la base de la liste de frais déposée le 23 janvier 2019 par le mandataire du recourant, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit en l'indemnisant à raison de 8h38 à CHF 180.-, soit un montant de CHF 1'554.-. S'y ajoutent CHF 77.70 au titre de débours et CHF 125.65 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 1'757.35 est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée au mandataire du recourant. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 136) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 137) est admise et Me Daniel Känel, avocat, est désigné comme défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Daniel Känel en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'554.-, plus CHF 77.70 de débours, plus CHF 125.65 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'757.35, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg V. 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 28 janvier 2019/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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