



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 246

Arrêt du 25 août 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Marc Boivin
	Juges :	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
	Greffier-rapporteur :	Philippe Tena

Parties **A. _____, recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet Assurance-invalidité; évaluation de l'invalidité; révision-suppression
Recours du 5 octobre 2018 contre la décision du 11 septembre 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en 1977, domicilié à B. _____, marié et père de deux enfants mineurs, sans formation, travaillait en tant que monteur en chauffage pour une entreprise active dans l'installation, la réparation et nettoyage d'installations sanitaires, de chauffage et de ventilation.

Le 22 janvier 2013, il a chuté par-dessus le garde-corps d'un échafaudage mobile d'une hauteur d'environ 3 mètres. Se plaignant de douleurs sur tout le corps, il a été transporté à C. _____ où lui ont été diagnostiquées des fractures aux deux pieds (calcanéum).

Une incapacité de travail totale est médicalement attestée depuis lors.

B. La SUVA, auprès de laquelle il était assuré, par le biais de son employeur, contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles, a pris le cas en charge.

Dans ce contexte, l'assuré a bénéficié de plusieurs séjours auprès de D. _____, soit du 1^{er} octobre au 19 novembre 2014, du 24 août au 27 septembre 2016 ainsi que du 13 juin au 4 juillet 2017. Alors que les médecins estimaient que la situation n'était pas stabilisée lors des deux premiers séjours, à l'issue du troisième, ils ont conclu à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, émettant un pronostic de réinsertion défavorable en raison des facteurs contextuels.

Le cas de l'assuré a également été soumis aux médecins d'arrondissement de la SUVA, en dernier lieu la Dre E. _____, spécialiste en neurochirurgie. Lors de son examen final du 21 août 2017, celle-ci conclut à l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée ainsi qu'à un taux d'atteinte à l'intégrité de 25%.

Par décision du 11 octobre 2017, confirmée sur opposition le 26 janvier 2018, la SUVA a refusé d'octroyer une rente d'invalidité en l'absence de perte de gain. Par contre, elle a reconnu à son assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) basée sur un taux de 25%.

Par arrêt du 12 juin 2019 (605 2018 40), le Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé par l'assuré contre cette décision. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral le 3 août 2020 (arrêt TF 8C_484/2019).

C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le 13 juin 2014, en raison de la *"fracture des 2 calcanéums"*.

Après avoir demandé l'avis de son Service médical régional (SMR), par projet du 26 février 2018, confirmé par décision du 11 septembre 2018, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière du 1^{er} janvier 2015 au 31 octobre 2017, la rente étant supprimée dès cette date en raison d'un degré d'invalidité nul.

D. Le 5 octobre 2018, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, conteste cette décision devant l'OAI.

Produisant de nouveaux avis médicaux, il soutient que les médecins de la SUVA n'ont pas pris en compte l'ensemble de ses troubles et ne peuvent être suivis de sorte qu'il exige la mise sur pied d'une expertise. Ce courrier est transmis au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence le 9 octobre 2018.

Dans un mémoire complémentaire du 9 novembre 2018, il précise conclure, avec suite de frais et dépens, principalement, au renvoi de la cause pour expertise et, subsidiairement, au maintien de sa rente entière, développant en substance ses arguments.

Le 29 novembre 2018, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 3 janvier 2019, l'OAI propose le rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision.

Le 25 avril 2019, les parties ont été informées que la Cour de céans versait au dossier de la cause celui constitué par la SUVA (605 2018 40).

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales, bien qu'auprès de l'autorité intimée qui l'a transmis à l'Instance de céans, compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

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.

3.

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement

du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

4.

4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. 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).

Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

5.

Est en l'espèce litigieuse la problématique du droit aux prestations, le recourant estimant avoir droit à une rente pour une durée plus longue que celle reconnue par l'autorité intimée.

A ce stade, la Cour rappelle que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite, en règle générale, l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué. Ainsi, le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à cette date (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Or, dans son intervention du 26 août 2020, le recourant se prévaut essentiellement d'un rapport bien postérieur à la décision contestée. Celui-ci atteste par ailleurs d'un état de fait postérieur à dite décision. Dans ce contexte, il n'a pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure.

5.1. La décision du 11 septembre 2018 se fonde sur l'appréciation du 19 octobre 2017 du Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR.

Dans ce rapport, le médecin retient ce qui suit: *"Il s'agit d'un cas commun pur LAA. Le rapport d'examen final par le médecin d'arrondissement de la SUVA satisfait entièrement les critères de qualité requis d'un rapport médical. Ses conclusions sont médicalement cohérentes avec les atteintes à la santé objectivées. Les conclusions de ce rapport médical peuvent être validées sur le plan de la médecine d'assurances. L'exigibilité médicale est de 100% dans une activité adaptée depuis le 05.07.2017"* (dossier OAI, p. 585).

Par ces lignes, le médecin du SMR renvoie à l'appréciation de la médecin d'arrondissement, la Dre E._____, spécialiste en neurochirurgie, mais également indirectement à celle des médecins de D._____.

Dans son rapport du 21 août 2017, la première estime que *"la capacité de travail dans l'ancien travail est de 0%. Dans un travail adapté respectant les limitations suivantes, capacité de travail de 100% (horaire et rendement). Les limitations à respecter sont les suivantes : port de charges lourdes, marche prolongée et sur terrain irrégulier, position accroupie, montée d'échelles ou échafaudages. Travail principalement assis avec la possibilité de changer la position librement"* (dossier SUVA, pièce 281).

Pour leur part, dans leur dernier rapport du 14 juillet 2017, les seconds considèrent que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité. S'ils pensent que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est défavorable en raison des facteurs contextuels, ils estiment qu'une activité adaptée demeure possible sur le plan théorique et retiennent les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges lourdes, marche prolongée et sur terrain irrégulier, position accroupie, montée d'échelles (dossier SUVA, pièce 275).

La Cour de céans a validé les conclusions tant de la médecin d'arrondissement que des médecins de D._____ dans son arrêt du 12 juin 2019 (605 2018 40; consid. 6). Le Tribunal fédéral a confirmé cette appréciation. Il a ainsi indiqué que la médecin d'arrondissement avait *"établi son rapport en connaissance du dossier médical, au terme d'un examen clinique et en considération des plaintes de l'assuré"* et avait *"également tenu compte des conclusions des médecins de D._____"*. Quant à ces derniers, il a relevé qu'il *"ont pris en considération l'ensemble de l'évaluation pluridisciplinaire à laquelle le recourant s'est soumis durant son séjour"* pour parvenir à leurs conclusions (consid. 6.3). Il n'est pas nécessaire de revenir sur ce point.

Cela étant, dans le cadre de la présente procédure, le recourant se plaint de ce que les *"douleurs inhérentes au syndrome du tunnel tarsien à droite"* n'auraient pas été prises en compte par la médecin d'arrondissement. Ce grief n'est pourtant pas fondé. En effet, il s'agit d'un diagnostic déjà mentionné par le médecin traitant du recourant en août 2016 (dossier SUVA, pièce 256) et expressément cité tant par les médecins de D._____ (dossier SUVA, pièce 275) que par la médecin d'arrondissement (dossier SUVA, pièce 281).

Dans ces circonstances, les conclusions du médecin du SMR, fondées sur les rapports de la Dre E._____ et des médecins de D._____, apparaissent pleinement convaincantes, de sorte que la Cour ne saurait s'en écarter sans autre motif.

5.2. Dans son mémoire du 9 octobre 2018 et son complément du 9 novembre 2018, le recourant conteste cependant ces conclusions, s'appuyant sur des rapports de la Dre G._____, spécialiste en neurologie, et du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

S'agissant de la Dre G._____, celle-ci a rendu un rapport daté du 5 juillet 2018. Elle y constate l'existence d'un *"syndrome du tunnel tarsien droit"* dont elle suggère la prise en charge symptomatique par la poursuite du traitement, la consultation d'un centre spécialisé d'antalgie et l'éventuelle prise d'antidépresseurs (dossier OAI, p. 742). Cependant, l'on peut légitimement se demander si la docteure a pu se prononcer en ayant pleine connaissance du cas puisqu'elle a transformé le diagnostic de *"fracture type Joint Dépression des 2 calcanéums"* en deux diagnostics

"fractures du calcanéum de type Joint" et "Status post-état dépressif en janvier 2014". Quoiqu'il en soit, la neurologue n'atteste pas que son patient est restreint dans l'exercice d'une quelconque activité et ne saurait, de ce fait, mettre en cause les conclusions des médecins retenus ci-avant.

S'agissant ensuite du Dr H. _____, l'on constate que dans la plupart de ses rapports il n'atteste d'une incapacité de travail que dans l'ancienne activité de monteur en chauffage, mais évoque la possibilité d'une *"réinsertion professionnelle adaptée à ses conditions physiques"*, ce qui va dans le sens que le recourant possède bien une capacité de travail dans une activité adaptée (dossier SUVA, pièces 127, 128, 162, 186, 196, 200, 208, 223, 231, 243, 250, 256, 264 et 318). Cela étant, la Cour prend acte que, dans ses deux derniers rapports, ce médecin tend à revoir ses conclusions et affirme désormais que son patient ne serait *"pas capable de travailler"*, lui conseillant *"de se réannoncer à l'AI et de faire une nouvelle opposition à la SUVA en demandant un 2^{ème} avis par une expertise neutre"* (rapports du 30 novembre 2017 et du 29 janvier 2018, dossier SUVA, pièce 324 et 336).

L'on constate néanmoins d'emblée que ces rapports ne sont aucunement étayés alors même qu'un mois plus tôt, le spécialiste évoquait la possibilité d'une réinsertion professionnelle (rapport du 30 octobre 2017, dossier SUVA, pièce 318). A cet égard, l'on ne peut pas exclure que ces réflexions s'inscrivent dans le cadre des plaintes de son patient, le médecin citant une *"situation sociale et économique [...] critique"*. Son affirmation selon laquelle son patient aurait bénéficié d'une reconversion professionnelle – alors même que de telles prestations ne lui ont pas été octroyées – va également dans ce sens. L'on ne peut, dès lors, exclure que le médecin se fonde, de manière non négligeable, sur les déclarations du patient, ce qui tendrait à minimiser la valeur probante de ses raisonnements.

Partant, il apparaît que les affirmations du Dr H. _____ ne parviennent pas à mettre en cause les conclusions des médecins de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents. Cette appréciation est par ailleurs partagée par les juges du Tribunal fédéral, lesquels ont souligné que les constatations du médecin traitant *"sont pour le moins contradictoires et ne sont pas étayées. Elles ne sauraient en tous les cas suffire à faire douter des conclusions des médecins de D. _____ et de la [Dre E. _____]"* (consid. 6.3).

Enfin, s'agissant des autres médecins, l'on constate que ceux-ci ne mettent nullement en cause les conclusions des médecins de l'AI et de la SUVA. Au contraire, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de locomoteur, et le Dr J. _____, médecin assistance à la clinique de chirurgie orthopédique de C. _____, et le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale, évoquent une possible reconversion dans une activité sans travail debout, sans longue marche et avec un port de charges limité (cf. dossier SUVA, pièces 111, 133, 148, 164, 311, 318; cf. ég. dossier OAI, p. 632). Il s'agit de limitations fonctionnelles qui vont dans le sens de celles retenues tant par la Dresse E. _____ que par les médecins de D. _____, ce qui tend à en confirmer la pertinence.

5.3. Au demeurant, ainsi qu'il a déjà été évoqué ci-avant, l'on ne peut pas exclure que la capacité de travail du recourant soit également influencée, et cela de manière non négligeable, par des facteurs extra-médicaux.

En effet, dans leur rapport final, les médecins de D. _____ soulignaient que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives et relevaient que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles et le retour au

travail. Au titre de tels facteurs, il citait une mauvaise maîtrise de la langue, l'absence de formation, un patient extrêmement centré sur les douleurs, une catastrophisation élevée, une tendance à l'évitement modérée, une auto-évaluation des capacités fonctionnelles très basse, un manque de confiance en ses capacités de réinsertion professionnelle, l'absence du travail depuis 5 années et une importante passivité (dossier SUVA, pièce 275).

Par ailleurs, l'on rappelle que le Dr H. _____ faisait également mention de l'impact de tels facteurs, citant ainsi une *"situation sociale et économique est critique"* chez un patient sans emploi (dossier SUVA, pièce 336).

Ces facteurs extra-médicaux peuvent expliquer – à tout le moins en partie – le fait que le recourant se déclare inapte au travail, y compris dans une activité adaptée. Ils n'ont cependant pas à être pris en charge par l'assurance-invalidité.

5.4. A ce stade, l'on constate que le recourant a affirmé, à certaines occasions (cf. not. dossier OAI, p. 80, 389 et 636), également souffrir de troubles psychiatriques.

Cependant, les médecins de D. _____ indiquent qu'*"aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue"* mais notent *"quand même des plaintes massives contrastant avec un patient souriant et détendu"* (dossier OAI, p. 234 et 475). Lors du dernier séjour en 2017, ils précisent même que le patient a rencontré leur consultant en psychiatrie, lequel *"retient pas de psychopathologie ni d'indication à un traitement spécifique"* (dossier SUVA, pièce 275). En outre, si le recourant soutient devoir prendre *"du Tramal"* (dossier OAI, p. 389), il ne fait état d'aucun suivi psychiatrique régulier. Enfin, si la Dre G. _____ évoque de manière quelque peu curieuse (cf. consid. 5.2) un *"status post-état dépressif en janvier 2014"*, force est de constater que l'usage du terme *"post"* permet d'en contester le caractère actuel et invalidant.

Dans ces circonstances, aucun élément objectif ne met en évidence l'existence d'une atteinte psychiatrique susceptible de mettre en cause les mesures d'instruction réalisées par l'autorité intimée.

5.5. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'appréciation du Dr F. _____, de la Dre E. _____ et des médecins de D. _____ n'est nullement mise en doute par les autres rapports au dossier de sorte que la Cour peut s'y rattacher.

Partant, de la date de l'accident jusqu'à la fin du troisième séjour auprès de D. _____ en juillet 2017, l'on doit admettre que le recourant n'était pas en mesure de travailler.

En revanche, par la suite et jusqu'à ce jour, l'on doit considérer qu'il est en mesure d'exercer une activité adaptée, pour autant qu'elle n'impose pas de port de charges lourdes, de marche prolongée et sur terrain irrégulier, de position accroupie ainsi que de montée d'échelles ou échafaudages. Il doit s'agir d'un travail principalement assis avec la possibilité de changer librement de position.

Pour le surplus, le recourant ne conteste pas les bases du calcul du taux d'invalidité opéré par l'autorité intimée, notamment les revenus de valide (CHF 64'111.55) et d'invalidé (CHF 67'184.-), la faisant aboutir à un degré d'invalidité nul. Tant ces montants que les périodes n'appellent, au demeurant, pas de critique de sorte qu'ils peuvent être confirmés.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI ne lui a reconnu le droit à une rente qu'entre le 1^{er} janvier 2015 (échéance du délai d'attente d'une année) et le 31 octobre 2017 (échéance du délai de trois mois).

6.

Dans ces circonstances, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 11 septembre 2018 confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée.

Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec son avance de frais.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 25 août 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :