



**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 2017 291
605 2017 292

Arrêt du 5 décembre 2018

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président:	Marc Boivin
Juges:	Susanne Fankhauser, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur:	Bernhard Schaaf

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Benoît Sansonnens,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Refus de prestations AI, révision, expertise
psychiatrique

Recours du 13 décembre 2017 contre la décision du 8 novembre
2017

considérant en fait

A. A._____, ressortissant du Royaume-Uni, né en 1967, séparé, père de trois enfants majeurs, domicilié à B._____, arrivé en Suisse le 1^{er} septembre 2007, depuis le 3 décembre 2015 sous curatelle de représentation avec gestion du patrimoine, a fait un apprentissage dans une boucherie (sans diplôme). En 2008 il a constitué C._____ SA (aujourd'hui en liquidation), à B._____, dont il était le seul administrateur.

Le 14 juin 2010, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI), alléguant souffrir des suites d'un accident survenu le 5 novembre 2005 (importante fistule artériovoineuse post-traumatique artère du MID sur fistule artériovoineuse importante). Par décision du 12 mars 2012, l'OAI lui a refusé l'octroi de prestations au motif que la condition d'une atteinte à la santé durable ne serait pas remplie.

B. Le 17 mars 2015, il a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a allégué souffrir d'une dépression, d'un trouble bipolaire, d'une hernie discale et d'un nerf sciatique endommagé.

Le 25 juillet 2016, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique chez le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon son expertise du 13 juillet 2017, la capacité de travail de A._____ est entière depuis toujours.

Sur cette base, l'OAI, par décision du 8 novembre 2017, lui a refusé de nouveau l'octroi de prestations d'invalidité.

C. Le 13 décembre 2017, A._____, représenté par Me Benoît Sansonnens, interjette recours contre cette décision et conclut à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et demande pour le reste le renvoi à l'OAI pour le calcul du montant de la rente. En outre, il demande être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et qu'une expertise médicale psychiatrique soit ordonnée. A l'appui de sa conclusion, il met essentiellement en cause le rapport d'expertise psychiatrique du 13 juillet 2017.

Dans ses observations du 24 janvier 2018, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que dans la mesure où le rapport d'expertise psychiatrique est probant, il y a lieu de retenir que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est entière.

Le 1^{er} mai 2018, le recourant produit un nouveau rapport médical et sa liste de frais.

Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

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

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

D'après l'art. 28 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 (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 (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2).

2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également 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; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt TF 8C_300/2017 du 1^{er} février 2018).

Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas à eux seuls 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. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 précité consid. 3.4.2.1).

2.3. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (arrêt TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; ATF 124 V 265 consid. 3c).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la

mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêts TF 9C_395/2007 précité et I 169/2006 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références citées).

Enfin, en matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt TF 9C_395/2007 précité consid. 2.3 et les références citées).

2.4. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré (cf. art. 87 al. 3 en lien avec al. 2 de l'ordonnance du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]) est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 71). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Le point de savoir si un changement important des circonstances est survenu doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale d'allocation de rente avec les circonstances à l'époque de la décision administrative litigieuse. Il en va également ainsi lorsqu'une première procédure de révision a été menée entre-temps, sans toutefois aboutir à une modification du droit à la rente ou encore lorsqu'après un premier refus de rente l'Office AI entre en matière sur une nouvelle demande (ATF 130 V 71 consid. 3.1).

2.5. 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 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 114 V 314, 105 V 158).

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).

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.

2.6. 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 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).

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). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd 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).

3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'état de santé du recourant et/ou son impact sur la capacité de travail s'est modifié depuis la décision de refus de rente du 12 mars 2012. Le recourant ne conteste pas que ses troubles physiques ne sont pas invalidants. Pour cette raison, seule la problématique psychique va être examinée ci-après.

3.1. Le recourant met en cause le rapport d'expertise psychiatrique du 13 juillet 2017 et notamment le point de vue de l'expert selon lequel la situation serait surtout influencée par de nombreux facteurs qui sortent du champ de l'assurance-invalidité.

3.2. Pour la décision initiale de refus de rente du 12 mars 2012, l'OAI s'est fondé sur le rapport du 10 novembre 2011 (dossier OAI p. 108ss) de la Dresse E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de F. _____, établi après l'hospitalisation du recourant du 6 octobre au

4 novembre 2011. Le recourant y a été admis en urgence après avoir exprimé des envies de suicide dans le contexte d'une alcoolisation aiguë. Le patient, qui connaît une consommation d'alcool de longue date mais qui a toujours été bien gérée, aurait augmenté depuis quelques mois les quantités d'alcool quotidiennes. Selon la Dresse, la pensée est cohérente, marquée par la présence de ruminations anxieuses quant à l'avenir chez un patient présentant des traits de personnalité narcissique (une haute estime de soi-même, une tendance à surévaluer ses propres capacités et projets). Absence de trouble du moi ou de troubles de la perception. L'affect est modulable et la thymie légèrement déprimée. Le comportement paraît un peu immature chez un patient qui peut remettre en question tout ce qui concerne le cadre hospitalier et les comportements des soignants, mais qui se remet peut en question lui-même. Elle pose les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive depuis octobre 2011 (F43.22), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool; syndrome de dépendance depuis l'âge de 20 ans, abstinent en milieu protégé (F10.21) et difficulté liées à l'emploi et au chômage depuis 2009 environ (Z56.0). Elle conclut qu'il n'y a pas de restrictions physiques, mentales ou psychiques par rapport à l'activité exercée, qui est possible à plein temps dès la sortie de l'hôpital.

Au niveau somatique il n'existait à cette époque pas non plus d'incapacité de travail (cf. rapport de la Dresse Marty, spécialiste en chirurgie et chirurgie vasculaire, du 29 juillet 2010; dossier OAI, p. 83ss).

3.3. Avec sa nouvelle demande de prestation du 17 mars 2015, le recourant apporte plusieurs rapports médicaux.

Dans la lettre définitive de sortie du 2 février 2015, les médecins de G. _____ (dossier OAI p. 152 s.), après une hospitalisation du recourant du 13 au 29 janvier 2015, posent en plus du diagnostic principal de nature somatique les diagnostics supplémentaires suivants: troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool: utilisation continue (F10.25), trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), autres troubles spécifiques de la personnalité, type narcissique (F60.8), statut post 5 tentamens médicamenteux (dernier le 23 décembre 2014). Depuis celui-ci, le recourant était hospitalisé à F. _____. Lors d'un consilium de psychiatrie le 14 janvier 2015, le recourant présentait des symptômes d'un épisode hypomaniaque avec une accélération des pensées et du discours ainsi que des moments de tristesse.

Dans un rapport du 17 juillet 2015 (dossier OAI, p. 172 ss), les médecins de F. _____ ont posé le diagnostic d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque (F31.0). Selon eux, l'état psychologique du recourant s'aggrave depuis quelques semaines avec une instabilité thymique et des angoisses dans un contexte de difficultés liées à ses problèmes physiques et sa situation familiale. Expression d'idées suicidaires et alcoolisation massive. A sa sortie, le recourant reste dans un état d'excitation psychomotrice, angoissé et dispersé. Cela ne lui permet pas, selon les médecins, d'avoir une activité professionnelle adaptée. Des maladies physiques, une précarité sociale et des difficultés liées à sa situation familiale aggravent le tableau clinique.

Par ailleurs, l'expert psychiatre a reçu plusieurs autres rapports de F. _____. Le recourant a été hospitalisé du 21 septembre au 11 octobre 2012 après avoir fait un tentamen médicamenteux après que sa femme lui a présenté son projet de séparation et son intention de vouloir renvoyer leurs deux filles, adoptées, en Russie. Le 29 octobre 2012 (dossier OAI, p. 270 ss) les médecins de cette clinique posent les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation

d'alcool: syndrome de dépendance (F10.25) et autres troubles spécifiques de la personnalité; personnalité narcissique (F60.8). Ils relèvent que la situation du recourant est similaire à celle de sa dernière hospitalisation: des disputes répétées, sa dépendance à l'alcool avec une tendance à banaliser le problème, et des difficultés financières pour lesquelles il dit être en train de trouver la solution. Sa fille est hospitalisée à H._____, unité de Pédopsychiatrie à F._____, signe de l'instabilité familiale actuelle. Du 13 novembre au 15 décembre 2014 le recourant a été de nouveau hospitalisé à F._____. Le 6 janvier 2015 (dossier OAI, p. 267 ss) les médecins confirment le syndrome de dépendance (F10.25) et posent en outre le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque (F31.0). Le recourant se présentait cette fois-ci en mode volontaire pour un état dépressif majeur avec idéation suicidaire. Peu après, du 23 décembre 2014 au 13 janvier 2015, il retourne à F._____. Le 5 février 2015 (dossier OAI, p. 263 ss) les médecins de cette clinique notent que le recourant a été adressé sur une base volontaire pour une mise à l'abri suite à un tentamen médicamenteux. Ils posent les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte, plus dépressif (F31.6), de personnalité narcissique (F60.8), lésion auto-infligée délibérée (X84.9I) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool: utilisation nocive pour la santé (F10.1). Son dernier séjour à F._____ remonte à la période du 15 au 20 février 2015. Selon le rapport de sortie du 6 mars 2015 (dossier OAI, p. 260 ss), le recourant a des projets grandioses, est très peu empathique envers les tiers, sauf sa famille, a un besoin d'être admiré, et réclame le droit à un traitement spécial. Malgré la présence simultanée d'un trouble bipolaire, le patient garde un contrôle de son comportement et ne présente pas une décompensation maniaque qui obligerait à un traitement contre son gré. Le patient garde la capacité de discernement concernant le besoin d'un suivi ambulatoire. Sont notés les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque (F31.0); traits de personnalité narcissique; consommation épisodique d'alcool.

Pour sa part, le Dr D._____ pose dans son expertise du 13 juillet 2017 (dossier OAI, p. 224 ss) les diagnostics de trouble de l'usage d'alcool, syndrome de dépendance et de personnalité sociopathique (avec défenses narcissiques et mythomaniaques), les deux sans répercussion sur la capacité de travail. *"Néanmoins, rien n'indique que le recourant ait présenté des troubles psychopathologiques majeurs en dehors des épisodes d'éthylisation relativement conséquents qu'il banalise et recouvre immédiatement. (...) Si on reprend les aspects cliniques du sociopathe, on relève les difficultés d'adaptation qui ont commencé à l'adolescence et le parcours de vie instable, une adaptation sociale médiocre, des tendances à l'impulsivité avec l'alcool, une affectivité somme toute superficielle et utilitaire, ainsi qu'une absence d'angoisse qui est frappante, même si l'on considère sa situation actuelle, car A._____ paraît insensible à la culpabilité. En conclusion, nous nous trouvons face à un sociopathe avec des défenses narcissiques et mythomaniaques, présentant des abus d'alcool qui sont farouchement niés, tout comme il récuse une certaine fragilité psychique en niant même le lien qui le lie à F._____ en menaçant d'intenter un procès pour retirer les diagnostics qui ont été 'malencontreusement' posés. (...) Comme nous l'avons démontré, A._____ n'est pas sans ressources lorsqu'il s'agit de trouver un milieu tolérant où il pourra vivre sans avoir de comptes à rendre. En d'autres termes, sa capacité de travail a toujours été entière. Les problèmes d'abus d'alcool sont présents probablement de longue date."* Cependant, vu le fait que le recourant revendique n'avoir jamais payé d'impôts dans aucun pays, l'expert n'a aucun espoir que le recourant puisse un jour réaliser une activité lucrative.

3.4. Il ressort des rapports de F. _____ que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool sont toujours présents. Aussi, lors de ses tentatives de suicide le recourant était souvent sous l'influence de l'alcool. De plus, le diagnostic d'un trouble bipolaire est posé qui varie entre épisode actuel hypomaniaque (F31.0) et épisode actuel mixte, plus dépressif (F31.6). Par contre, les troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22) ne sont plus mentionnés. Dans les rapports du 29 octobre 2012 et du 5 février janvier 2015 est posé en outre le diagnostic de personnalité narcissique (F60.8).

Par ailleurs, le fait qu'il existe de nouveaux diagnostics, pas connus lors de la dernière décision de 2012, ne veut pas automatiquement dire que la situation psychiatrique du recourant s'est aggravée, avec une répercussion sur sa capacité de travail, respectivement de gain.

Certes, les médecins de F. _____ indiquent dans leur rapport susmentionné à l'OAI du 17 juillet 2015 que la reprise d'un travail adapté ne serait pas possible. Cependant, ils ne motivent pas plus avant leur estimation, ce qui ne suffit pas. De plus, ils n'attestent explicitement d'une incapacité totale que pour la période du 18 au 20 février 2015. C'est pourquoi leur avis ne peut pas être retenu, à plus forte raison si l'on compare la situation de 2015 avec celle décrite dans leur rapport de 2012. A l'époque, la situation ne semble pas avoir été totalement différente de celle qui prévalait lors des hospitalisations ultérieures. Par ailleurs, les médecins avaient en 2012 explicitement déclaré qu'il y n'avait aucun empêchement pour la reprise d'une activité professionnelle. De plus, dans tous les rapports envoyés à l'expert, les médecins de F. _____ ne se sont jamais prononcés sur la capacité résiduelle de travail. Que l'OAI n'ait pas retenu l'incapacité totale attestée par la clinique de F. _____ dans son rapport du 17 juillet 2015 n'est, dès lors, pas critiquable.

Ce dernier office fonde sa décision sur l'expertise du Dr D. _____. Celui-ci retient les diagnostics susmentionnés de trouble de l'usage de l'alcool, syndrome de dépendance et de personnalité sociopathique (avec défenses narcissiques et mythomaniaques), les deux sans répercussion toutefois sur la capacité de travail. Selon lui, rien n'indique que le recourant ait présenté des troubles psychopathologiques majeurs en dehors des épisodes d'éthylisation relativement conséquents qu'il banalise, mais desquels il recouvre immédiatement. Lors de l'expertise, le recourant ne présentait pas de foetor éthylique. Il s'est montré orienté dans les trois modes, l'examen neuropsychologique grossier était dans les normes. On notait une absence de dépressivité marquée et l'expert n'a pas relevé de tendances suicidaires, ni de grandes variations de l'humeur ou d'anxiété flottante. Il n'iait aussi une symptomatologie hypomane, maniaque ou un état mixte. Au vu de ces points, bien que l'expert ne le dise pas explicitement, il faut partir du principe que la comorbidité psychiatrique ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance à l'alcool. Celle-ci ne saurait par conséquent être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique, car les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation d'alcool.

3.5. L'expert démontre également que le recourant n'est pas dénué de ressources: *"S'il déclare à l'OAI à un certain moment n'avoir jamais rempli de déclaration d'impôts, à d'autres moments il annonce avoir réalisé une brillante carrière dans l'immobilier en Angleterre, comme son CV semble l'attester. L'assuré a réussi le tour de force d'arriver en camping-car en Suisse, d'ouvrir une société sous forme d'une SA en 1998 [recte 2008] qui n'a jamais rien produit, ni rapporté un véritable salaire, lui permettant toutefois d'obtenir un permis B. A. _____ émarge depuis lors de*

l'assistance sociale. Ne maîtrisant absolument pas le français, ni a priori le système social en Suisse, l'assuré a malgré tout déposé déjà en 2010 une première demande de rente invalidité."

En outre, il sied de constater que le recourant mène, selon les déclarations faites à l'expert, une vie quotidienne quasi normale. Il est souvent réveillé déjà à 4-5 heures, se lève entre 6 et 8 heures. Il a un chien qui rythme ses journées. Il prend son bain, son petit-déjeuner, va promener son chien puis rentre chez lui, regarde internet. Souvent la journée, l'assuré s'occupe maintenant de Julia [fille]. Il fait les commissions généralement tout près de chez lui, car il n'a pas assez d'argent pour mettre de l'essence dans sa voiture. Sinon, il discute avec une voisine avec qui il entretient de bonnes relations. Il n'a pas de télévision à la maison. Il va facilement sur Facebook ou Skype pour discuter avec des amis et connaissances. Il se couche vers 23 h – 23 h 30.

Pour ces raisons, la conclusion de l'expert, selon laquelle la capacité de travail du recourant est entière, est convaincante et la Cour s'y rallie. On relève au demeurant que l'expertise est conforme aux exigences posées par la jurisprudence. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, elle se fonde sur des examens complets et prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, elle a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires; enfin, les conclusions de l'expert sont dûment motivées.

Dès lors, il n'est pas nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique comme le souhaite le recourant. Bien que les diagnostics psychiatriques aient partiellement changé comparativement à la situation prévalant lors du premier refus de prestations en 2012, il n'y a pas eu de changement en ce qui concerne la répercussion sur la capacité de travail, laquelle reste toujours entière.

3.6. Aucune perte de gain n'est, dans ces conditions, établie. Les arguments du recourant ne changent rien à cela.

Sous une forme critique, il allègue notamment qu'il faut prendre les expertises du Dr. D. _____ "avec des pincettes". Régulièrement cet expert modifierait les diagnostics retenus par les psychiatres traitants. Ainsi, dans le cas litigieux, l'expert n'aurait-il pas retenu le diagnostic de trouble bipolaire posé à plusieurs reprises par les spécialistes de F. _____. De plus, on peinerait à saisir pourquoi le diagnostic de personnalité sociopathique ne pourrait pas justifier une incapacité de travail. Enfin, comme l'expert pose réellement un diagnostic, ses empêchements ne seraient pas simplement dus à des facteurs psychosociaux ou socioculturels.

Certes, l'expert n'a pas retenu de trouble bipolaire. Cependant, cela s'explique déjà par le fait que les différents tests psychiatriques (que le recourant a pu accomplir dans sa langue maternelle, l'anglais) n'ont pas démontré l'existence d'un trouble affectif manifeste. Par ailleurs, lors de l'examen effectué par l'expert, le recourant n'a montré ni symptomatologie hypomane, ni maniaque, ni même d'état mixte. Sa dernière hospitalisation à F. _____ datant de février 2015, l'on peut escompter que son état s'est amélioré depuis lors.

Il sied enfin de rappeler que si l'expert pose un diagnostic de personnalité sociopathique, cela ne veut pas encore dire que ce diagnostic a également une influence sur la capacité de travail. Ainsi, les crises qui ont mené aux hospitalisations à F. _____ ont-elles été notamment provoquées par des consommations excessives d'alcool. De plus, le recourant a encore beaucoup de ressources, il mène une vie quasi normale, entretient une relation avec une de ses filles et déclare

avoir de nombreux projets en gestation. Tous ces points parlent contre une influence importante sur la capacité de travail.

Il y a enfin lieu d'évoquer la présence de facteurs psychosociaux, relevés par plusieurs médecins (difficultés s'exprimant à l'époque dans le cadre de problèmes familiaux) mais ceux-ci, pour autant qu'ils influencent le tableau médical, ne sauraient être mis à la charge de l'assurance invalidité.

Quoi qu'il en soit, il découle de tout ce qui précède que le recours est rejeté, faute d'aggravation avérée de l'état de santé du recourant depuis le précédant refus de rente, qu'il n'y a plus lieu de reconsidérer.

4.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision de l'OAI du 8 novembre 2017 confirmée.

4.1. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice s'élèvent à CHF 800.-. Ils sont mis à la charge du recourant qui succombe, mais ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire totale qui lui sera accordée.

4.2. Le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 292).

4.2.1. Il sied d'admettre que la situation financière du recourant ne lui permet pas de supporter les frais de la présente procédure. En effet, il est soutenu par le service social de la Gruyère (cf. décision du 2 octobre 2017). A côté de cela, bien que le recours soit rejeté, le recours n'était pas d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 292) doit être admise et que Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office.

4.2.2. Dans sa liste de frais déposée le 1^{er} mai 2018, le mandataire du recourant fait valoir pour les opérations antérieures au 1^{er} janvier 2018 des débours d'un montant de CHF 165.70, dont lors de l'ouverture du dossier 332 photocopies. Dès lors que l'OAI a transmis une version informatique (cd-rom) du dossier au mandataire le 22 novembre 2017, la facturation de photocopies et l'impression de la totalité du dossier n'apparaissent pas appropriées. Au demeurant, une réduction du montant par copie (40 ct.) serait justifiée, compte tenu du volume (plus de 330 photocopies) en jeu (cf. art. 9 al. 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]). Il convient ainsi de réduire le montant des débours requis dans la liste de frais déposée le 1^{er} mai 2018 par Me Benoît Sansonnens dans une proportion raisonnable.

Conformément aux art. 142ss CPJA et du Tarif/JA il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit pour les opérations antérieures au 1^{er} janvier 2018 en l'indemnisant à raison de 7 heures 12 minutes à CHF 180.-/heure, soit un montant de CHF 1'296.-. S'y ajoutent CHF 60.- au titre de débours et CHF 108.50 au titre de la TVA à 8%, ce qui donne une indemnité de 1'465.50. De plus, pour les opérations dès le 1^{er} janvier 2018 il se justifie de fixer l'équitable indemnité en l'indemnisant à raison de 2 heures 44 minutes à CHF 180.-/heure, soit un montant de CHF 492.-. S'y ajoutent CHF 31.20 au titre de débours et CHF 40.30 au titre de la TVA à 7.7%, ce qui donne une indemnité de CHF 563.50. L'indemnité totale de CHF 2'028.- est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée au mandataire du recourant.

la Cour arrête:

- I. Le recours (605 2017 291) est rejeté.
- II. La demande de l'assistance judiciaire totale (608 2017 292) est admise.
- III. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe, mais ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire totale qui lui a été accordée.
- IV. Il est alloué à Me Benoît Sansonnens, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité de CHF 1'788.-, plus CHF 91.20 au titre de débours et CHF 148.80 au titre de la TVA (CHF 108.50 TVA à 8% et CHF 40.30 TVA à 7.7%), au total CHF 2'028.-.
Elle est 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 5 décembre 2018/bsc

Le Président:

Le Greffier-rapporteur: