



**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

608 2018 163
608 2018 164

Arrêt du 14 mars 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Daniela Kiener
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Séverine Monferini
Nuoffer, avocate

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; évaluation de l'invalidité

Recours (608 2018 163) du 20 juin 2018 contre la décision du
16 mai 2018 et requête d'assistance judiciaire totale (608 2018 164)
dans la procédure précitée

considérant en fait

A. A._____, né en 1964, domicilié à B._____, titulaire d'un CFC de charpentier, travaillait en tant que tel par le biais d'une agence d'emploi temporaire. Il est en incapacité de travail médicalement attestée depuis le 23 mai 2011.

Le 29 mai 2012, il a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant souffrir de "vertiges", de "dépression" et de problèmes en lien avec l'alcool.

Avis pris auprès de son Service médical régional (ci-après: SMR), en octobre 2014, l'OAI a proposé à son assuré d'effectuer un stage d'observation en internat auprès de C._____ pour une durée de trois mois. Lors de la visite du centre, l'assuré a cependant indiqué ne pas être intéressé par un tel stage.

Par décision du 16 mai 2018, laquelle reprend un projet du 9 avril 2015, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2012 au 31 mars 2014. La rente a été supprimée pour la période ultérieure, le degré d'invalidité étant évalué à 2.27%.

B. Contre cette décision, l'assuré interjette recours (608 2018 163) devant le Tribunal cantonal le 20 juin 2018, régularisé le 2 juillet 2018, concluant à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2014 ainsi qu'à l'octroi de cours de perfectionnement dans le dessin technique.

A l'appui de ses conclusions, il se prévaut d'abord de l'avis de ses médecins, lesquels attestent que, depuis 2011, son état de santé psychique fluctue. Il affirme également que son état s'est péjoré depuis le dernier rapport du SMR. Il regrette encore que l'ensemble de ses troubles psychiatriques et somatiques n'aient pas été pris en compte. Dans l'ensemble, il soutient présenter une incapacité de travail de 50% pour raisons somatiques et d'une diminution de rendement de 50% pour motifs psychiques.

Parallèlement à son recours, il sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire partielle (608 2018 164).

Le 9 juillet 2018, Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate, annonce la constitution de son mandat. Elle demande que la procédure en lien avec la requête d'assistance judiciaire partielle (608 2018 164) soit étendue à sa désignation en qualité de défenseur d'office et qu'il soit procédé à un second échange d'écritures.

Dans ses observations du 19 juillet 2018, l'OAI propose le rejet du recours, précisant que la rente AI a été "*octroyée sur base de diagnostics plutôt troubles*" et qu'il n'a été jamais démontré que l'alcoolisme était secondaire à une autre atteinte. Il estime que, de "*prime abord, la rente limitée ne semble même pas forcément fondée sur une atteinte invalidante*".

Dans ses contre-observations du 1^{er} octobre 2018, le recourant modifie ses conclusions, concluant désormais à l'octroi d'une rente entière au-delà du 1^{er} avril 2014 ainsi qu'au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel. Détaillant, en substance, sa précédente argumentation quant à l'évaluation et l'évolution de sa situation médicale, il produit de nouveaux rapports de ses médecins traitants.

Dans ses ultimes remarques du 14 novembre 2018, l'OAI maintient sa proposition tendant au rejet du recours, annexant à son mémoire un rapport du SMR prenant position sur les nouvelles pièces médicales produites par le recourant.

Le 27 novembre 2018, le recourant se détermine spontanément sur les ultimes remarques de l'OAI.

D. _____ n'a pas donné suite au courrier d'appel en cause du 6 décembre 2018.

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 auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, 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.

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.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

3.

3.1. 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. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

3.2. 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; 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1^{ère} phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la

méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées).

La jurisprudence a 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).

4.4. 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).

5.

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 1^{er} avril 2014, ce qui implique d'examiner d'abord la problématique de sa capacité de travail.

Dans la décision litigieuse, l'OAI a retenu que l'assuré ne pouvait pas du tout travailler du 23 mai 2011 au 31 décembre 2013. Depuis le 1^{er} janvier 2014, il a considéré que l'état de santé s'était amélioré et qu'il était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée, par exemple ouvrier dans la production industrielle ou des services.

A cet effet, il convient de se référer aux pièces du dossier.

5.1. Sur le plan psychiatrique, le recourant est suivi depuis août 2011 par la Dresse E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F. _____, psychologue déléguée.

Toutes deux retiennent les diagnostics invalidants de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et du cannabis (F10.20 et F12.20) ainsi que de *"trouble anxieux et dépressif mixte"* (F41.2). Dans leurs premiers rapports de 2012, elles indiquaient que leur patient était sujet au vertige dans le cadre de son travail de charpentier, ce qui augmentait sa consommation d'alcool et de cannabis. Selon elles, les vertiges rendaient l'activité de charpentier dangereuse mais leur patient pouvait probablement travailler dans une autre activité au sol, dans une mesure qu'elles ne précisaient cependant pas. Elles relevaient que les troubles psychiques provoquaient des difficultés de concentration et d'organisation, une tendance à s'isoler, une perte de motivation et de la fatigabilité (dossier OAI, p. 76 et 97).

Suite à une nouvelle tentative de sevrage, les deux thérapeutes ont constaté une diminution nette des symptômes dépressifs et anxieux, proposant même une réinsertion professionnelle et une reprise progressive du travail (rapport du 28 décembre 2013, dossier OAI, p. 287). Puis, depuis 2015, elles ne mentionnent désormais plus qu'un *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen"* (F33.1) comme diagnostic invalidant. Au titre des limitations, elles retiennent une humeur basse, des angoisses, des ruminations, de l'irritabilité, de la fatigabilité, une perte de motivation et une tendance à l'isolement et à la procrastination. Elles estiment la capacité de travail à 50%, compte tenu d'une perte de rendement de 20%, dans l'activité que l'assuré exerce encore en tant qu'indépendant environ 15h par semaine (rapport du 28 décembre 2015, dossier OAI, p. 286). Depuis lors, elles indiquent que l'état de santé fluctue entre une dépression légère ou moyenne mais maintiennent une appréciation inchangée de la capacité de travail (rapports des 11 octobre 2016 et 18 juillet 2017, dossier OAI, p. 319 et 336).

L'on précise que les médecins de G. _____ – au sein duquel le recourant a séjourné à deux reprises, en dernier lieu du 3 mai au 1^{er} juin 2017 – vont dans les sens des thérapeutes précitées. Ils retiennent ainsi les diagnostics invalidants de *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen"* (F33.1) et de *"troubles mixtes de la personnalité avec traits anxieux et impulsif"* (F61) qui provoquent une perte d'élan vital, une humeur dépressive, des crises d'angoisse envahissantes ainsi que des idées suicidaires (rapport du 20 octobre 2017, dossier OAI, p. 343; cf. ég. p. 54).

5.2. Le Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, s'écarte pourtant de cette appréciation concordante des médecins qui suivent l'assuré.

Depuis 2014, il estime ainsi que, *"sur le plan psychiatrique, l'abstinence semble durablement acquise en ce qui concerne l'alcool et le cannabis. L'état anxio-dépressif s'est amélioré parallèlement au sevrage, ce qui tend à démontrer qu'il était la conséquence et non la cause de la toxicomanie. Celle-ci était donc primaire au sens de l'AI. Il n'y a actuellement aucun motif psychiatrique d'incapacité de travail"* (rapport du 6 mai 2014, dossier OAI, p. 194). Il confirmera cette conclusion dans des rapports du 24 août 2016 et du 26 avril 2017, estimant que *"sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger ne justifie pas d'incapacité de travail durable selon les critères de la médecine des assurances"* (dossier OAI, p. 311 et 328).

L'avis du médecin SMR apparaît isolé. Il part en outre du principe que des troubles dépressifs légers ne provoquent pas d'incapacité de travail. Cependant, ce raisonnement fait totalement abstraction du fait que l'évaluation des troubles d'ordre psychique doit être faite par un psychiatre selon une méthodologie bien précise, notamment sur la base d'indicateurs standardisés (cf. consid. 2.2; cf. ég. ch. 1'002 et annexe VI de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité; CIIAI; état au 1^{er} janvier 2018). L'avis succinctement motivé d'un anesthésiologiste ne remplit manifestement pas ces exigences et

aurait au moins dû conduire l'autorité intimée à demander l'avis d'un psychiatre, charge à celui-ci d'examiner la problématique conformément à la méthodologie désormais reconnue et de motiver son avis dans ce sens.

Au demeurant, le médecin du SMR s'écarte de l'appréciation des psychiatres traitants et la remplace par sa propre appréciation dans un domaine qui n'est pas le sien, et cela sans même avoir examiné l'assuré. Cela dépasse le rôle de conseil qui lui est reconnu. L'on rappelle que, lorsqu'il ne se fonde pas sur un examen clinique, le médecin SMR ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, proposer des investigations complémentaires (cf. arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Il ne peut pas substituer sa propre appréciation à celle des spécialistes.

Concrètement, le médecin du SMR devait donc indiquer si l'avis concordant des psychiatres interrogés pouvait être suivi ou si, dans la négative, une expertise devait être mise sur pieds.

5.3. Un reproche semblable peut être fait s'agissant du volet somatique de l'évaluation de l'incapacité de travail par l'assurance-invalidité.

En effet, on constate que le Dr I. _____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique à J. _____, affirme que son patient ne peut exercer une activité non-répétitive et sans charges qu'avec un rendement réduit de 50% en raison d'une atteinte à la main et à l'épaule droites (cf. rapports des 11 janvier, 12 mai et 7 novembre 2016, dossier OAI, p. 294, 305 et 324).

Pourtant, le médecin du SMR estime qu'il *"n'y a aucune motivation médicale explicite à une diminution de rendement de 50% même dans une activité adaptée"*. En présentant une motivation encore plus succincte que celle du médecin traitant, il substitue sa propre appréciation et affirme que, *"du point de vue médico-théorique, toute activité adaptée, respectant toutes les limitations fonctionnelles, est exigible à plein temps avec un rendement de 100%"* (rapport du 26 avril 2018, dossier OAI, p. 329; cf. ég. p. 82, 193 et 310).

5.4. Dans ces circonstances, s'agissant tant du volet psychiatrique que du volet somatique, il apparaît que le médecin du SMR a dépassé le rôle qui lui est reconnu, soit celui d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ce rôle a été rappelé à de nombreuses reprises par le Tribunal cantonal, notamment dans les arrêts 605 2018 59 du 29 octobre 2018, 608 2017 216 du 7 mars 2018, 608 2017 88 du 11 septembre 2017, 608 2017 216 du 7 mars 2018 et 608 2016 70 du 14 février 2017.

6.

Cela étant, si l'on ne saurait sans autre suivre les propres conclusions du médecin du SMR, les éléments qu'il relève sont de nature à mettre en doute la valeur probante des rapports des médecins traitants. Il apparaît, en effet, que l'estimation par ces derniers de la capacité de travail de leur patient est plus que bienveillante et semble ne pas prendre en compte l'obligation de diminuer le dommage qui incombe à ce dernier. A tout le moins, elle ne peut être suivie sans autre motivation. Devant un tel constat, plutôt que de rendre une décision sur le fond, l'autorité intimée aurait dû parvenir à la conclusion qu'il lui fallait continuer l'instruction afin de trancher la problématique de la capacité de travail par le biais d'une expertise.

7.

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours (608 2018 163), bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, dont la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, et nouvelle décision, dès lors qu'elle a failli à son devoir d'instruction (cf. ATF 137 V 210). A cet égard, l'autorité intimée est rendue attentive au fait que la demande a été introduite en mai 2012 et qu'il est impératif qu'elle soit instruite sans tarder.

8.

Au vu de l'admission du recours, la requête d'assistance judiciaire totale (608 2018 164) est sans objet.

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée.

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à l'octroi d'une indemnité de partie. Sa mandataire produit le 1^{er} octobre 2018 sa liste de frais, d'un montant total de CHF 5'012.75, à savoir CHF 4'541.62 au titre d'honoraires (18.17 heures à CHF 250.-), CHF 112.80 au titre de frais et CHF 358.33 au titre de la TVA (7.7%). Cette liste a, en outre, été complétée le 7 février 2019 d'un montant de CHF 838.59, soit CHF 825.66 au titre d'honoraires et CHF 12.93 au titre de frais, TVA de 7.7% incluse.

Le temps consacré à l'affaire n'apparaît, cependant, pas approprié à un mandat, on le rappelle, ayant trait à la seule rédaction de contre-observations sur un recours, interjeté par le service social, parfaitement recevable et qui soulevait déjà les problématiques pertinentes. Au vu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12), il apparaît raisonnable d'estimer à six heures le temps nécessaire à la prise de connaissance du dossier et à la rédaction d'un seul mémoire de contre-observations et d'indemniser le recourant en conséquence.

Dans ces circonstances, l'indemnité de partie est fixée *ex aequo et bono* à un montant total de CHF 1'737.-, à savoir CHF 1'500.- au titre d'honoraires (6 heures à CHF 250.-), CHF 112.80 au titre de frais et CHF 124.20 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2018 163) est admis.

Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 16 mai 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2018 164), devenue sans objet, est rayée du rôle.

III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée.

IV. L'indemnité de partie est fixée à CHF 1'737.-, dont CHF 124.20 au titre de la TVA (7.7%). Elle est intégralement prise en charge par l'autorité intimée.

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 14 mars 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :