



**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 299

608 2018 300

Arrêt du 6 février 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Daniela Kiener, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Jennifer Tapia, avocate
contre

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

Objet

Assurance-invalidité; refus de rente

Recours (608 2018 299) du 12 novembre 2018 contre la décision du
9 octobre 2018; requête (608 2018 300) d'assistance judiciaire totale

considérant en fait

A. A._____, originaire de B._____, né en 1972, domicilié à C._____, célibataire, sans formation, travaillait en dernier lieu en tant qu'aide de cuisine au sein d'une brasserie.

En incapacité de travail totale médicalement attestée depuis février 2016, l'assuré a quitté son emploi avec effet au 31 mars 2016.

B. Le 29 avril 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant souffrir de "*troubles psychiatriques*" depuis 1994, lesquels seraient en lien avec un "*traumatisme suite à la guerre*".

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI s'est procuré un rapport d'expertise de la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle avait été mandatée par E._____, assureur perte de gain. Dans son rapport du 4 juillet 2016, celle-ci concluait à l'existence d'une capacité de travail entière.

Avis pris auprès du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), par décision du 9 octobre 2018, reprenant un projet du 25 avril 2018, l'OAI a refusé de prester en l'absence de perte de gain.

C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Jennifer Tapia, avocate, interjette recours (608 2018 299) devant le Tribunal cantonal le 12 novembre 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, au renvoi pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A l'appui de son recours, il conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse D._____, estimant celle-ci insuffisamment motivée, basée sur un dossier incomplet et objet de "*raccourcis simplistes*". Il considère, en revanche, que l'avis de son médecin traitant – tant sur le plan diagnostic que s'agissant de la capacité de travail – est, pour sa part, bien plus convaincant. Il affirme ensuite que l'OAI a procédé à une instruction lacunaire, le médecin du SMR se contentant de comparer les diagnostics émis par le médecin traitant sans porter la moindre attention à l'exposé de son appréciation médicale et en ignorant certains éléments médicaux.

Parallèlement, il demande (608 2018 300) à bénéficier de l'assistance judiciaire gratuite totale et à ce que sa mandataire soit désignée défenseuse d'office.

Dans ses observations du 14 décembre 2018, l'OAI propose le rejet du recours, confirmant la pertinence des conclusions de la Dresse D._____, suivies tant par le médecin-conseil de E._____ que par le médecin de son SMR.

Il n'a pas été ordonné de second échange d'écritures entre les parties, étant cependant relevé que celles-ci ont déposé des interventions le 16 janvier, le 24 janvier et le 11 mars 2019.

Il sera fait état des arguments, invoqués 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 et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et possède 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.

2.3. Selon la jurisprudence applicable jusqu'à peu (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3.c), une dépendance ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle jouait un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui avait valeur de maladie. Cette jurisprudence partait du principe que la personne dépendante était responsable de son état (ATF 111 V 186 consid. 2). Elle considérait que toute dépendance pouvait être traitée par un sevrage (arrêt TF 9C_158/2010 du 29 juin 2010).

Toutefois, selon la doctrine médicale, un sevrage n'est pas toujours un objectif raisonnablement exigible. Il ne constitue pas non plus dans tous les cas la meilleure solution, car les possibilités et les résultats thérapeutiques divergent fortement selon les patients (LIEBRENZ ET AL., Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281 *in*: SJZ 2016 p. 12, 22 et 30).

Le Tribunal fédéral a donc modifié sa jurisprudence en ce sens que, dans l'assurance-invalidité, toute pertinence ne puisse plus être d'emblée niée à un syndrome de dépendance ou à un trouble d'utilisation de substances addictives dûment diagnostiqué. On se trouve donc exactement dans le même contexte que pour les autres pathologies psychiques, pour lesquelles il s'agit de déterminer objectivement si, malgré le diagnostic posé, l'exercice d'une activité adaptée est raisonnablement exigible. Il s'agit dès lors, conformément à l'ATF 143 V 418, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas déterminé la capacité de travail (arrêt TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019).

3.

3.1. 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).

3.2. 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).

3.3. 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 outre, 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).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

3.4. 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 LPGa) 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).

Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

4.

Dans son mémoire, le recourant soutient que son état de santé et l'impact de ses troubles sur sa capacité de travail n'ont pas été suffisamment investigués par l'autorité intimée.

C'est ce qu'il convient d'examiner.

4.1. Pour retenir l'existence d'une capacité de travail entière et refuser de prester, l'OAI se réfère aux conclusions de la Dresse D._____ et à celles du Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR.

Dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2016, la première retient le diagnostic, non invalidant, de *"syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique F10.26"*. Estimant que l'état de santé de l'assuré s'améliorerait avec un sevrage d'alcool, elle fixait la capacité de travail à 100% dans toute activité. Selon elle, l'incapacité de travail totale était exclusivement liée à des facteurs extra-médicaux, à savoir *"l'absence de formation, le licenciement au 31 mars 2016, la démotivation de l'expertisé pour un emploi et la dépendance à l'alcool"* (dossier OAI, p. 112).

Invité à se positionner sur la valeur probante de ce rapport, le second a affirmé qu'il *"rempli[ssait] entièrement les critères de qualité requis d'une expertise médicale, tant sur la forme que sur le fond médical. Ses conclusions [pouvaient] être suivies du point de vue de la médecine d'assurance"* (rapport du 6 avril 2018, dossier OAI, p. 178; cf. ég. p. 193).

L'on peut se joindre à cette appréciation.

En effet, l'experte a fondé son rapport du 4 juillet 2016 tant sur le dossier mis à sa disposition par l'assurance perte de gain – lequel comportait en particulier des rapports d'hospitalisation ainsi que des rapports des différents médecins du recourant – que sur un entretien avec l'assuré le 21 juin 2016. A cette occasion, ce dernier a pu exprimer le traumatisme subi durant le conflit à G._____ en 1994, notamment lorsqu'il soutient avoir marché *"sur des cadavres et sous les balles"*. Il a également pu décrire à l'experte ses troubles actuels, que cela soit ses *"crises"*

d'angoisse", sa crainte des foules, ses pertes de mémoire, ses troubles de la concentration ainsi que sa grande consommation d'alcool.

Pour sa part, lors de cet entretien, l'experte a pu réaliser un examen complet de l'assuré. Sur la base de cet examen et des rapports médicaux, l'experte discute des différents diagnostics émis par ses confrères, les excluant sur la base d'un raisonnement argumenté. Elle relève, par exemple, que le status relevé par les médecins de H. _____, durant le quatrième séjour de l'assuré dans leur service, aurait pu correspondre à un trouble anxieux et dépressif mixte ou à un état de stress post-traumatique, mais qu'il manquait un certain nombre de symptômes tels que des *"flash-back, pensées intrusives, état de qui-vive, reviviscence permanente de l'événement traumatique"*.

Enfin, les conclusions de l'experte-psychiatre prennent en compte les exigences jurisprudentielles quant à l'évaluation de l'impact des troubles psychiques et des dépendances sur la capacité de travail. Par exemple, l'experte constate l'existence de motifs d'exclusion lorsqu'elle soutient que l'incapacité est liée à des facteurs extra-médicaux *"de l'ordre de 100%"*, lesquels ne permettent déjà pas d'admettre que le recourant souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI. Sur ce plan, elle relève aussi une divergence importante entre les déclarations du recourant et son comportement quotidien, citant notamment que s'il dit éviter la foule et être intolérant au bruit, il est en mesure de se rendre régulièrement dans des bars la soirée et la nuit, de voyager, prendre les transports publics, se rendre dans un aéroport et de retrouver des amis. Au même titre, elle constate qu'une semaine après son quatrième séjour au sein de H. _____, l'assuré se serait rendu à I. _____ avec des compatriotes sans être limité par les symptômes dont il se plaignait. Enfin, dans ce sens, elle constate que l'assuré ne prends pas régulièrement son traitement, n'ayant plus pris de neuroleptique et d'antidépresseur depuis deux semaines, se contentant de contrôler sa respiration ou souffler dans un sac en plastique lorsque nécessaire.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que les conclusions de la Dresse D. _____, bien argumentées, sont convaincantes et peuvent être suivies. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée s'y est référées.

4.2. Contre ces conclusions, le recourant se prévaut de l'avis des médecins l'ayant suivi dans le cadre de H. _____, la Dresse J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr K. _____, sans spécialisation inscrite dans le registre des professions médicales.

Dans leurs rapports du 2 et du 25 mai 2016, les deux médecins diagnostiquaient un *"trouble anxieux et dépressif mixte"* (F41.2), un *"état de stress post-traumatique"* (F43.1), une *"modification durable de la personnalité, sans précision"* (F62.9) ainsi que des *"troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool"* (F10.1). La Dresse J. _____ n'attestait d'une incapacité de travail que *"durant les hospitalisations"* alors que le Dr K. _____ ne s'estimait pas en mesure de quantifier l'impact de ces troubles sur la capacité de travail (dossier OAI, p. 70 et 81; cf. ég. p. 98). S'agissant de la capacité de travail, les conclusions des deux médecins ne contredisaient alors pas les conclusions de l'experte-psychiatre.

Par la suite, le suivi n'a été réalisé que par le Dr K. _____.

Dans son rapport du 29 septembre 2017, retenant des diagnostics inchangés, il a fixé la capacité de travail à 50% dans *"un milieu de travail adapté à sa problématique"* tout en évoquant *"une augmentation progressive de la capacité de travail"* (dossier OAI, p. 81 et 152). Puis, dans son

rapport du 7 mai 2018, le médecin a précisé que cette capacité de 50% existait *"dans un contexte occupationnel adapté à [la] problématique, idéalement protégé"*. Selon lui, *"une reprise de travail dans l'économie libre, même partielle et progressive, [n'était] pas envisageable d'un point de vue médico-psychologique"* (dossier OAI, p. 184; cf. également rapports des 31 octobre 2018 et 9 janvier 2019, produits en procédure).

Or, si le Dr K. _____ cite plusieurs diagnostics, ses observations et considérations décrivent exclusivement des symptômes en lien avec un syndrome de dépendance à l'alcool ou un trouble anxio-dépressif. En particulier, dans ses rapports du 25 mai 2016 et du 29 septembre 2017, il relevait *"une labilité de l'humeur"*, une *"baisse de la tolérance à la frustration"*, une *"difficulté à gérer ses émotions"* et des *"troubles de la mémoire et de la concentration"* (dossier OAI, p. 83 et 152). Puis, dans son rapport du 31 octobre 2018, il fait état d'un *"état psychiatrique du patient [qui] demeure fragile avec une conscience morbide alternée, un risque d'isolement social avec manque du plaisir et de motivation, une froideur affective, incapacité d'exprimer ses émotions qui peuvent engendrer un sentiment de fatigue et un état d'anxiété et d'irritabilité avec risque élevé de rechute dans la consommation de substances psychoactive"* (rapport produit en procédure). En revanche, le médecin n'évoque pas de critères diagnostics du DSM-IV-TR et de l'ICD 10 propres à l'état de stress post-traumatique et à une modification durable de la personnalité, telle la reviviscence répétée de l'événement traumatique ou l'existence d'un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Au contraire, loin d'éviter des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, l'assuré a pris des vacances à G. _____ en 2013 et en 2016. C'est bien ce que souligne l'experte-psychiatre. Elle relève ainsi que le status peut effectivement *"correspondre à un trouble anxieux et dépressif mixte"* tout en ne retenant que le seul diagnostic de dépendance à l'alcool. De même, lors de son examen, elle relève l'absence d'élément étayant les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité.

Partant, si l'appréciation du Dr K. _____ diffère de celle de l'experte-psychiatre, leurs constats médicaux se rejoignent. Dans un tel contexte, l'on ne peut pas exclure que l'appréciation du médecin traitant soit influencée par sa position. La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient lequel risquant, en cas de doute, de prendre parti pour lui (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Au demeurant, on constate que le Dr K. _____ semble se fonder de manière prépondérante sur les dires de son patient, sans réelle mise en perspective. Il exclut par exemple la présence *"de symptômes ou de signes pouvant témoigner d'une exagération des symptômes psychopathologiques"*, alors même que l'experte relève de manière très convaincante l'existence de facteurs extra-médicaux, notamment sous la forme d'une grande divergence entre les douleurs décrites par l'assuré et son comportement quotidien. De même, il constate la présence d'un *"risque d'isolement social"* chez un assuré qui admet pourtant rencontrer régulièrement des amis, tant en suisse que dans son pays d'origine.

Enfin, l'actualité des conclusions de la Dresse D. _____ n'apparaît pas mise en doute par les nouveaux rapports du médecin traitant produits en procédure. En effet, le Dr K. _____ pose des diagnostics identiques depuis mai 2016 et fait état de constats médicaux globalement sans évolution (dossier OAI, p. 70, 81, 98, 152, 172 et 184). Il admet par ailleurs que l'état de son patient s'est globalement amélioré depuis le dépôt de la demande en 2016, faisant état d'une

"*amélioration relativement favorable*" en mai 2016, d'une "*amélioration légèrement favorable*" en septembre 2017 et d'une absence d'"*amélioration remarquablement favorable*" en octobre 2018 (dossier OAI, p. 81 et 152; cf. ég. rapport du 31 octobre 2018 produit en procédure).

Au vu de ce qui précède, l'on doit constater que l'appréciation divergente des médecins de H._____ ne parvient pas à mettre en doute les conclusions de la Dresse D._____.

4.3. Le recourant se prévaut également des conclusions des responsables de L._____, auprès de laquelle l'assuré a réalisé une mesure d'insertion sociale pour le compte du service social de sa commune.

Dans leur rapport du 7 novembre 2018, ceux-ci concluent que leur "*évaluation globale de son travail, de sa compréhension et de ses aptitudes relationnelles correspond à celles de nos collaborateurs en situation de handicap travaillant ou sein des différents ateliers de L._____*. Compte tenu de la situation, une place en atelier protégé [leur] semble plus adéquate et appropriée, ceci pour lui garantir une stabilité et un bien-être dans la vie quotidienne" (bordereau recours, pièce 9).

Cela étant, selon la jurisprudence, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (arrêt TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2). Or, ainsi que l'a relevé l'experte, l'incapacité de travail est liée à des facteurs extra-médicaux, à savoir "*l'absence de formation, le licenciement au 31 mars 2016, la démotivation de l'expertisé pour un emploi et la dépendance à l'alcool*". Ces facteurs peuvent, tout autant que les troubles attestés par le médecin traitant, expliquer les conclusions des responsables de L._____.

4.4. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 9 octobre 2018 confirmée.

Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe.

5.

Le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2018 300) pour la procédure de recours.

5.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2).

Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA).

5.2. Selon les pièces produites à l'appui de la requête d'assistance judiciaire, le recourant émerge à l'aide sociale de sorte que l'on peut d'emblée retenir qu'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence.

En outre, quand bien même le recours est mal fondé, on ne peut admettre qu'il était pour autant d'emblée voué à l'échec. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait ici justifiée.

En conséquence, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 608 2018 299 et de lui désigner comme défenseure d'office Me Jennifer Tapia, avocate.

5.3. Le 11 mars 2019, Me Jennifer Tapia a produit sa liste de frais correspondant à un montant total de CHF 2'195.55, à savoir CHF 2'091.- au titre d'honoraires (697 minutes au tarif horaire de CHF 180.-) et CHF 104.55 au titre de débours forfaitaires.

Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En effet, les débours sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). Ceux-ci sont dès lors réduits à un montant de CHF 50.-, montant qui semble couvrir les débours engagés par les courriers échangés et les pièces produites.

Dans ces circonstances, l'indemnité de la défenseure d'office est fixée à un montant total de CHF 2'141.-, éventuelle TVA comprise.

Ce montant est pris en charge par l'Etat de Fribourg.

Les frais de justice, fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant, ne sont pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2018 299) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2018 300) est admise et Me Jennifer Tapia, avocate, désignée en qualité de défenseure d'office.
- III. Il est alloué à Me Jennifer Tapia, en sa qualité de défenseure d'office, une indemnité de CHF 2'141.-, éventuelle TVA comprise, intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg.
- IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée.
- V. 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 6 février 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :