



**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 2019 141
608 2019 189

Arrêt du 5 décembre 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
	Greffier-rapporteur :	Michel Bays

Parties **A._____**, **recourant**, représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès de Inclusion Handicap

contre

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

Objet Assurance-invalidité – Refus de rente

Recours (608 2019 141) du 22 mai 2019 contre la décision du 26 avril 2019 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 189) déposée le 27 juin 2019

considérant en fait

A. A._____, né en 1957, domicilié à B._____, marié, est arrivé en Suisse dans le courant de l'année 2012. Il travaillait depuis février 2015 en tant que maçon lorsqu'il a subi un accident vasculaire cérébral (AVC), le 5 décembre 2015. Il a été admis en urgence auprès de C._____, où il a séjourné jusqu'à la fin décembre 2015, puis a effectué une réhabilitation, jusqu'à la fin janvier 2016, à la suite de quoi il a pu retourner à son domicile. Il a déposé une demande de prestations AI, le 18 mars 2016, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en invoquant des séquelles sensitivo-motrices et neuropsychologiques consécutives à l'AVC. Son cas a également été pris en charge par l'assurance perte de gain maladie de l'employeur.

Après avoir requis des avis médicaux auprès de ses différents médecins traitants, l'OAI a mis fin à la phase d'intervention précoce et, dans la foulée, a émis un projet de décision en avril 2018, dans lequel il envisageait de rejeter la demande de l'assuré. Ce dernier s'y est opposé, en invoquant notamment le fait que son médecin traitant, le Dr D._____, continuait d'attester une incapacité de travail entière et en produisant un rapport dudit médecin allant dans ce sens. Un nouveau rapport détaillé a été requis de la part de ce dernier.

Par décision du 26 avril 2019, l'OAI a retenu que l'activité précédente (maçon) n'était plus adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, mais que celui-ci restait en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations, comme par exemple dans l'industrie légère, avec un rendement diminué de moitié ainsi qu'un désavantage salarial de 10%. Dès lors que la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 28%, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente.

B. Contre cette décision, A._____ interjette recours devant le Tribunal cantonal le 22 mai 2019, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2016. A l'appui de ses conclusions, il estime que son incapacité de travail est totale, et non de 50%, comme retenu par l'OAI. Il conteste également le calcul du taux d'invalidité, sans plus de précisions.

Le 14 juin 2019, Me Karim Hichri, avocat œuvrant pour Inclusion Handicap, annonce qu'il représente désormais les intérêts du recourant. Le 27 juin suivant, il requiert que son mandat soit mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT). Le 1^{er} juillet 2019, il dépose une requête d'assistance judiciaire en la formule officielle, accompagnée de pièces justificatives.

Dans ses observations du 10 juillet 2019, l'autorité intimée renvoie au dossier constitué ainsi qu'à la motivation de sa décision et conclut au rejet du recours. S'agissant de la requête d'AJT, elle remarque la présence d'une fortune non négligeable ainsi qu'un solde bancaire positif.

Par intervention spontanée du 11 juillet 2019, le mandataire complète le recours déposé par son client et invoque le fait que son cas aurait dû être examiné sous l'angle de la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite. Il ajoute qu'il convenait, dans ce cadre, de tenir compte de certains facteurs extra-médicaux, lesquels ont été écartés par le Service médical régional (ci-après: SMR), respectivement par l'OAI.

En réponse du 17 juillet 2019, l'OAI note que l'assuré était âgé de 61 ans au moment de la décision litigieuse, soit une situation dans laquelle la jurisprudence a, à maintes reprises, confirmé la possible mise en valeur d'une capacité de travail résiduelle.

Un échange d'écritures supplémentaire n'a pas modifiée la position des parties.

Appelée en cause en sa qualité d'institution de prévoyance intéressée, E. _____ ne s'est pas déterminée dans le délai imparti.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de 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 par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi

exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469).

2.3. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, *in* VSI 1998 p. 293).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, *in* RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, *in* RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, *in* VSI 1999 p. 246).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1; arrêts TF 9C_118/2015 du 9 juillet 2015 consid. 4.3; 9C_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1; 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4; I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références citées).

2.4. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional (SMR) au sens de l'art. 69 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux (cf. arrêt TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du 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'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue 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 (arrêt TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

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).

3.

En l'espèce, le recourant conteste l'évaluation de son état de santé par l'OAI et invoque également son âge avancé, requérant de ce fait l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

3.1. Il convient de se référer au dossier médical.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2016, le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Service de réhabilitation de C._____, rappelle que l'assuré "a présenté le 05.12.2015 un AVC hémorragique sur une probable microangiopathie hypertensive avec léger hémisyndrome facio-brachio-crural sensitivomoteur D prédominant au MI homolatéral et des troubles cognitifs modérés. Ce patient présente également une polyneuropathie périphérique des MI d'origine probablement toxique préexistante à cette dernière hémorragie cérébrale et responsable de troubles de l'équilibre. Après environ 4½ semaines de rééducation intensive stationnaire, l'évolution est favorable aussi bien sur le plan fonctionnel que neuropsychologique". Tout en relevant que celui-ci "continue de faire des progrès et qu'il est quasiment autonome pour les AVQ", il note que l'assuré émet diverses plaintes (fatigue, blocages du dos, difficultés à s'accroupir et à se relever). En revanche, le moral, ainsi que le sommeil, sont annoncés comme bons et les céphalées ont disparu. Au terme de l'examen clinique, ce médecin est d'avis que le tableau clinique compromet la reprise de l'activité professionnelle habituelle, de sorte qu'il envisage soit une retraite anticipée, soit un reclassement professionnel.

Le 28 juin 2016, ce même Dr F._____ confirme que, "à environ 6 mois de l'AVC, la situation médicale a tendance à se stabiliser, avec une relative bonne récupération sur le plan fonctionnel, qui ne permet tout de même pas de reprendre l'activité professionnelle antérieure, et la persistance de troubles neuropsychologiques et de troubles de l'humeur et du comportement (alimentaire et OH) qui restent au-devant de la scène et qui constitueront, à [son] avis, une raison suffisante pour un reclassement professionnel voire une retraite anticipée. Dans ce contexte, A._____ souhaite avoir une activité professionnelle adaptée à ses capacités actuelles, voire à titre occupationnel".

Le 5 novembre 2016, le Dr D._____, médecin généraliste traitant, atteste d'une incapacité totale de travail, tant dans l'ancien emploi que dans toute autre activité, en raison d'une "atteinte à la santé pluri-systémique (neurologique centrale et périphérique avec séquelles, ostéo-articulaire, psychiatrique; de plus, formation scolaire quasi absente avec illettrisme, pas de formation professionnelle, plus de permis de conduire)".

Dans le cadre d'un examen neuropsychologique réalisé le 30 août 2017, la neuropsychologue G._____ confirme la capacité de l'assuré de reprendre la conduite automobile.

Le 26 novembre 2017, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie œuvrant auprès du SMR, constate que le rapport neuropsychologique ne témoigne que de minimes séquelles au niveau de l'hémi-syndrome. De même, les fonctions cognitives se sont améliorées. Il ajoute que le dernier examen somatique date du mois d'août 2016, à l'issue duquel est évoquée une polyneuropathie périphérique préexistante, probablement alcoolique. Il estime que l'ancienne activité n'est plus exigible, mais qu'une activité adaptée (pas de travaux lourds, pas de marche en terrain inégal, sur des échelles ou des échafaudages) l'est en revanche à 100%. Il prévoit cependant une diminution

de rendement de l'ordre de 40 à 50%, en raison de la fatigabilité et de la nécessité de pauses de récupération, des problèmes d'équilibre et de manque de force, ainsi que de la diminution de la résistance. Il relève la présence d'un facteur non-médical rendant une reprise d'une autre activité difficile, à savoir l'illettrisme de l'assuré.

Dans un rapport du 28 mai 2018, établi dans le cadre des objections au projet de décision de l'OAI, le Dr D. _____ considère que l'état de santé de l'assuré est stable depuis novembre 2016, *"mais qu'il ne s'est certainement pas amélioré. Il souffre toujours de séquelles sensibles et neuropsychologiques de l'AVS hémorragique G"*, qui ne lui ont pas permis de reprendre son permis de conduire. En outre, *"le problème vertébral lombaire sur troubles dégénératifs du rachis persiste et le limite dans ses activités de la vie quotidienne (position debout prolongée, port de charges). Ces diverses atteintes de santé continuent à avoir un impact négatif sur son psychisme avec des symptômes dépressifs et anxieux intermittents, nécessitant un traitement médicamenteux à long terme"*.

Le 6 août 2018, le Dr H. _____ constate que le généraliste traitant atteste toujours d'une incapacité de travail totale, en dernier lieu jusqu'à la fin septembre 2018, en évoquant la persistance de troubles sensitifs et neuropsychologiques suite à l'AVC, de même que du problème lombaire sévère, avec influence sur l'état psychique. Le médecin SMR requiert l'établissement d'un rapport détaillé de la part du médecin traitant, à défaut de quoi une expertise pluridisciplinaire devrait être mandatée.

Dans un rapport médical établi en la formule officielle le 2 octobre 2018, le Dr D. _____ retient différents diagnostics: séquelles post-AVC hémorragique G, troubles de la personnalité et du comportement dû à une lésion cérébrale et dysthymie récurrente, cardiopathie hypertensive avec pics résiduels lors de stress, lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, âge biologique avancé par rapport à l'âge chronologique. Les symptômes actuels suivant sont rapportés: trouble de la sensibilité et manque de dextérité à la main droite, difficultés dans la gestion des émotions et du stress, trouble de l'humeur intermittent, déficits cognitifs, besoin de soutien pour la prise de médicaments; pics hypertensifs intermittents; douleurs chroniques, exacerbées lors d'efforts physiques et de positions statiques. A l'examen clinique, le généraliste constate ce qui suit: motricité fine de la main droite légèrement diminuée surtout lors de mouvements répétitifs, hypoesthésie de cette main, hyperréflexie de l'hémicorps droit; arthrose lombaire postérieure. *"Assuré dans une situation médicale complexe, touchant plusieurs systèmes organiques autant somatiques que psychiatriques. La coïncidence de ces pathologies font qu'une activité professionnelle lucrative me semble impossible, compte tenu des limitations physiques et du fait que l'adaptation à une nouvelle activité est compromise par les troubles neuro-psychologiques et de la personnalité, résiduels à l'AVC, sans compter que votre assuré n'a pas bénéficié de formation scolaire et est illettré"*. Il en veut notamment pour preuve le fait qu'il n'est pas parvenu à récupérer son permis de conduire après l'AVC.

Le 23 avril 2019, le Dr I. _____, médecin généraliste SMR, constate que la situation médicale est stable et n'a en particulier pas évolué depuis le rapport du Dr H. _____, en août 2018. Il relève en particulier que l'inexigibilité de toute activité professionnelle, attestée par le Dr D. _____, ne peut être suivie *"parce que cette appréciation tient compte d'éléments extra-médicaux"*. Il constate en outre que *"la suspicion d'une possible consommation excessive d'alcool (mentionnée par C. _____) n'a pas été investiguée. Ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail sont donc inconnues. Les raisons pour lesquelles l'assuré a échoué à la course de contrôle et n'a pas pu récupérer son permis de conduire ne sont pas documentées au dossier"*.

Il est impossible d'en tirer des conclusions sur la capacité de travail. Je ne peux pas m'exprimer en regard de l'exigibilité fixée par le Dr H._____, parce que celle-ci ne figure pas au dossier. Les médecins de C._____ préconisaient un «reclassement professionnel voire une retraite anticipée». Ces informations sont à mon avis insuffisantes pour fixer une exigibilité médico-théorique".

3.2. Amenée à statuer, la Cour de céans retient que, dans un premier temps, la situation semblait se présenter de manière favorable à la suite de l'AVC subi par l'assuré. On en veut notamment pour preuve les rapports du Dr F._____, qui laissaient entrevoir une possible reprise d'activité adaptée dès la fin de la réadaptation. Peu après, le généraliste traitant tempérait cependant cet optimisme en attestant d'une incapacité totale de travail. Le Dr H._____, médecin SMR, conclura néanmoins à l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée, en considérant notamment que l'avis du Dr D._____ se basait en grande partie sur des facteurs extra-médicaux et que la situation au plan neurologique était rassurante; il retiendra toutefois une baisse de rendement de 40 à 50%.

Dans un deuxième temps, le Dr D._____ confirmera l'incapacité de travail de son patient dans toute activité, en se basant sur les séquelles de l'AVC, mais aussi sur un problème vertébral lombaire, influençant lui-même l'état psychique de l'assuré (symptômes dépressifs et anxieux). Cela conduira le médecin SMR précité à requérir de sa part des précisions. Or, suite au rapport détaillé rédigé par le généraliste traitant, le (nouveau) médecin SMR ne sera pas en mesure de confirmer l'avis de son collègue, le Dr H._____, s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée. En dépit de cette prise de position, l'OAI rendra immédiatement sa décision, en tenant compte de l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps, avec rendement diminué de moitié.

Il ressort de ce qui précède que, pour rendre sa décision, l'OAI s'est fondé sur le premier rapport établi par le Dr H._____, le seul qui ait fixé une exigibilité. Or, dans le rapport précédant pourtant immédiatement la décision de l'OAI, le Dr I._____ a émis des cautèles claires au sujet de l'évaluation effectuée un peu plus d'une année plus tôt par son confrère, tout particulièrement s'agissant de l'exigibilité fixée par ce dernier. Qui plus est, le Dr H._____ avait lui-même relativisé son point de vue dans son second rapport: constatant les différentes atteintes évoquées et l'incapacité totale attestée entre-temps par le généraliste traitant, il a requis l'obtention de précisions de la part de ce dernier, et envisageait même une expertise. Or, le rapport remis ultérieurement par le Dr D._____ n'est pas venu lever les doutes préexistants, ce dernier confirmait une situation complexe, mêlant différentes pathologies, justifiant l'incapacité totale. Les doutes découlant de cette situation ont été ensuite confirmés par le rapport établi par le Dr I._____.

A l'instar de ce dernier, les juges de céans constatent que l'exigibilité fixée initialement par le Dr H._____ n'était pas réellement documentée. Celui-ci disposait certes de deux rapports établis par le Dr F._____. Cependant, si celui-ci dressait un constat relativement rassurant, dans le sens qu'il confirmait les progrès réalisés et la bonne récupération fonctionnelle, il n'en mentionnait pas moins également la persistance de troubles neuropsychologiques et de troubles de l'humeur et du comportement, susceptibles d'influencer la réintégration de l'assuré sur le marché du travail. Le fait pour ce spécialiste d'évoquer "*un reclassement professionnel voire une retraite anticipée*" n'est pas suffisant à cet égard. En ce sens, l'exigibilité professionnelle fixée par le Dr H._____ en novembre 2016 (capacité de travail entière dans une activité industrielle légère, avec une diminution de rendement de 40 à 50%) ne trouve de fondement ni dans le dossier médical à sa disposition, ni sur un examen clinique auquel il aurait lui-même procédé. Ce

d'autant moins qu'il a lui-même relativisé sa position à l'occasion d'un second rapport. L'OAI ne saurait donc se fonder sur son premier rapport, lequel ne remplit pas les exigences fixées par la jurisprudence (cf. supra consid. 2.4) pour accorder une valeur probante aux avis du SMR.

D'autre part, les rapports établis par le Dr D. _____ ne permettent pas, eux non plus, de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré de façon suffisamment convaincante. Celui-ci mentionne des facteurs extra-médicaux (par ex. absence de formation scolaire et professionnelle, illettrisme), à savoir des éléments qui ne relèvent pas de la sphère médico-théorique valable en assurance-invalidité. De plus, les atteintes (séquelles post-AVC avec trouble de la personnalité; cardiopathie hypertensive; lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs) sur lesquelles il se base pour motiver une incapacité totale de travail ne semblent pas faire l'objet d'une prise en charge spécialisée, de sorte qu'il paraît difficile d'en évaluer la gravité réelle, ni l'impact exact sur la capacité de travail. Il convient, dans ce contexte, de rappeler la prudence s'imposant, compte tenu du lien de confiance l'unissant à son patient (cf. supra consid. 2.4) lorsque l'on examine la valeur probante des rapports des médecins traitants. Enfin, les constats objectifs lors de l'examen clinique (motricité fine de la main droite légèrement diminuée surtout lors de mouvements répétitifs, hypoesthésie de cette main, hyperréflexie de l'hémicorps droit; arthrose lombaire postérieure) ne semblent pas pouvoir justifier une incapacité totale et définitive.

Force est de constater que, sur la base d'un tel dossier médical, le prononcé d'une décision était prématuré, dans la mesure où aucun des médecins consultés n'a finalement pris clairement position sur la capacité de travail du recourant. Il subsiste tout particulièrement des doutes sur l'impact exact que pourraient (encore) avoir les troubles neuropsychologiques et de la personnalité, résiduels à l'AVC, sur l'exercice d'une activité lucrative en général, et sur la capacité d'adaptation de l'assuré dans une nouvelle activité en particulier. De même, la présence de plaintes somatiques (douleurs lombaires) et psychiques (état anxio-dépressif), de même que d'une éventuelle problématique de consommation excessive d'alcool, également alléguées mais peu documentées, mériteraient d'être examinées.

La cause étant insuffisamment instruite, le dossier doit être renvoyé à l'autorité intimée pour investigations complémentaires, conformément à la jurisprudence fédérale (cf. supra consid. 2.4 *in fine*) et comme l'a d'ailleurs suggéré le Dr H. _____ dans son rapport du 6 août 2018.

3.3. Par une motivation complémentaire, le recourant a invoqué que son âge, combiné à la présence de plusieurs facteurs, notamment psycho-sociaux, justifient de lui octroyer une rente entière. Dès lors qu'il s'agit, à cet égard, d'examiner si l'assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail et que dite capacité n'est pas déterminable en l'état du dossier (cf. ci-dessus), cette question mérite de rester indécise et devra, cas échéant, faire l'objet d'un nouvel examen par l'OAI, dans le cadre de la décision qu'il sera amené à rendre.

4.

Partant, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-.

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens entiers, dès lors qu'un renvoi pour instruction équivaut à un gain de cause total de ce point de vue (ATF 137 V 57; 133 V 450). De ce fait, sa demande d'assistance judiciaire gratuite (608 2019 189) devient sans objet.

Dès lors qu'invité à fournir sa liste de frais, le mandataire du recourant s'en est remis à la justice, il convient de fixer l'indemnité à laquelle il a droit d'office. Compte tenu de la difficulté de l'affaire, il se justifie de fixer l'indemnité de manière forfaitaire, à CHF 800.-, et d'y ajouter un montant de CHF 61.60 au titre de la TVA à 7.7%, soit une indemnité totale de CHF 861.60. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2019 141) est admis.

Partant, la décision attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité intimée, pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée.

III. La demande d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 189), devenue sans objet, est rayée du rôle.

IV. L'indemnité allouée au recourant, mais versée en main de son mandataire, est fixée à CHF 861.60, TVA à 7.7% de CHF 61.60 comprise, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton 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 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :