



**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 54
608 2019 55

Arrêt du 5 novembre 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, 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; évaluation de l'invalidité

Recours (605 2019 54) du 25 février 2019 contre la décision du
22 janvier 2019; requête (605 2019 55) d'assistance judiciaire du
même jour

considérant en fait

A. A._____, né en 1970, domicilié à B._____, divorcé et père de deux enfants, sans formation, travaillait en dernier lieu en tant que chauffeur pour une brasserie.

Plusieurs interruptions de travail sont intervenues depuis l'année 2004 en raison de dorsalgies. Depuis le 7 novembre 2005, il est en incapacité de travail totale, médicalement attestée.

B. Le 23 août 2007, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant souffrir de "[son] corps et [de son] esprit".

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr C._____, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 mars 2008, celui-ci a conclu que l'assuré pouvait travailler dans une activité adaptée et comme chauffeur, compte tenu d'une baisse de rendement de 10%, respectivement de 20%.

Par communication du 15 avril 2008, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement. Par décision du 3 juin 2008 reprenant un projet du 15 avril 2008, il lui a refusé le droit à une rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 29.85%. Le recours interjeté par l'assuré devant le Tribunal cantonal (605 2008 297 et 318) a été rejeté par arrêt du 21 décembre 2010.

C. Le 4 juin 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'une atteinte à sa santé psychique en raison de "*grosses douleurs internes incessantes, depuis de multiples années*".

Avis pris auprès de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 août 2016, l'expert conclut que l'assuré n'est plus en mesure de travailler en tant que chauffeur. En revanche, dans une activité adaptée, il évalue la capacité de travail à 50% jusqu'à la fin 2012–début 2013, puis à 70%.

Par décision du 22 janvier 2019, reprenant un projet du 28 décembre 2017, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une demi-rente du 1^{er} janvier au 31 juin 2014 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, celle-ci étant supprimée dès le 1^{er} juillet 2014 en raison d'un degré d'invalidité de 37%.

D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Jennifer Tapia, avocate, interjette recours (608 2018 54) devant le Tribunal cantonal le 25 février 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} janvier au 31 octobre 2016 puis à un quart de rente dès le lendemain et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire.

A l'appui de ses conclusions, il conteste la valeur probante de l'expertise du Dr D._____, faisant état d'incohérences internes ou, à tout le moins, d'un manque de clarté dans ses conclusions. Il se plaint aussi de l'absence de mesures d'instruction quant à ses troubles rhumatologiques et neurologiques, alors même que ceux-ci ressortaient de nombreuses pièces au dossier. Il affirme ensuite que la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue dans une activité adaptée ne peut, dans les faits, être exploitée, l'expert émettant un pronostic pessimiste à une réadaptation professionnelle. Enfin, il demande à ce qu'il soit tenu compte d'un abattement supplémentaire de minimum 15% sur son revenu d'invalidé, pourcentage qui tiendrait mieux compte de sa situation.

Parallèlement à son recours, l'assuré demande (cause 608 2018 55) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Jennifer Tapia, avocate, lui soit désignée défenseuse d'office.

Dans ses observations du 14 mars 2019, l'OAI propose le rejet du recours, estimant avoir procédé à une instruction exhaustive et pleinement appréhendé la situation de son assuré, produisant un rapport complémentaire du médecin SMR.

Les 26 avril et 16 mai 2019, le recourant s'est déterminé spontanément sur les observations de l'OAI, maintenant ses allégués et conclusions et produisant divers rapports médicaux.

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.

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 de l'expert 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).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

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.

4.1. L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. 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).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 *in* SVR 2010 IV n. 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

4.2. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise complémentaire est nécessaire. La décision du 3 juin 2008, confirmée par arrêt du 21 décembre 2010 (605 2008 297 et 318) constitue le point de départ temporel.

Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

Sur le plan somatique, le Tribunal cantonal constatait que les médecins n'avaient pas d'argument pour justifier une incapacité de travail, ce qui le conduisit à retenir l'absence de limitations fonctionnelles dans ce domaine. Sur le plan psychique ensuite, la Cour se référait aux conclusions du Dr C._____, considérées comme pleinement probantes. Cet expert estimait que l'assuré présentait un trouble somatoforme douloureux et une personnalité avec traits accentués émotionnellement immatures, instables et impulsifs. Il niait cependant l'existence d'une importante incapacité de travail – tant dans l'ancienne activité de chauffeur-monteur que dans une autre activité professionnelle de même niveau – selon les critères en vigueur à l'époque. Tout au plus évoquait-il une diminution de rendement de 20% dans l'ancienne activité et de 10 % dans une activité adaptée.

La Cour constatait par ailleurs que les difficultés du recourant provenaient en grande partie de facteurs psychosociaux étrangers à l'assurance-invalidité, tels qu'une enfance particulièrement difficile, son divorce en 2004, la perte de son travail en 2006, la séparation d'avec sa compagne en 2007 ainsi que des difficultés financières.

4.3. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué au point d'impacter sa capacité de gain.

Sur le plan somatique d'abord, le recourant se plaint de ce que l'autorité intimée n'a pas procédé à une instruction suffisante en interrogeant son rhumatologue et son neurologue traitants.

En l'occurrence, force est de constater que le contexte de la nouvelle demande du 2 juin 2013 s'inscrit essentiellement dans une péjoration des plaintes sur le plan psychique et non sur le plan somatique (dossier OAI, p. 382). Cette nouvelle demande a en outre été introduite à l'instigation de

la psychiatre traitante qui a pris les devants auprès de l'office, indiquant d'emblée qu'elle attestait d'une aggravation de l'état de santé (courrier du 21 février 2013, dossier OAI, p. 375). Ces éléments, qui vont dans le sens d'une atteinte uniquement psychiatrique, semblent avoir soutenu les mesures d'instruction de l'OAI. L'autorité intimée s'est donc effectivement plus intéressée à l'état de santé de son assuré sous l'angle psychiatrique que somatique.

Le bien-fondé de cette orientation est confirmé par les médecins somaticiens interrogés par l'office. La Dresse E. _____ et le Dr F. _____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, ont indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur ce cas, renvoyant à l'avis des spécialistes concernés (dossier OAI, p. 396 et 414). Quant à la Dresse G. _____, spécialiste en chirurgie, elle n'a attesté d'aucune incapacité de travail en lien avec des troubles somatiques, indiquant ne *"pas [être] renseigné[e] pour d'autres problèmes de santé, qui justifie[nt] une demande AI"* (dossier OAI, p. 447).

En outre, l'on constate que les rapports produits par le recourant devant la Cour de céans – bien que certains soient postérieurs à la décision contestée – ne vont pas dans le sens d'une évolution de l'état de santé sur le plan somatique. Ainsi, la Dresse H. _____ et le Dr I. _____, spécialistes en neurologie, ne font pas état de troubles qui soient de leur ressort. Tout au plus, le second semble évoquer une origine rhumatologique aux douleurs dont se plaint l'assuré (bordereau du 26 avril 2019, pièces 7, 9 et 10). Sur ce plan toutefois, le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, décrit un patient qui *"semble être face à une symptomatologie douloureuse très invalidante et qui l'angoisse depuis maintenant son adolescence"* mais affirme n'avoir *"pas d'argument pour une maladie rhumatologique"* (bordereau du 26 avril 2019, pièces 5 et 6).

Il apparaît ainsi que les pièces au dossier ne permettent pas de conclure à l'existence d'une péjoration de l'état du recourant sur le plan somatique. Dans ce contexte, l'on ne peut suivre le recourant lorsqu'il reproche à l'OAI de ne pas avoir davantage investigué ses troubles somatiques. En l'état du dossier, ceux-ci n'apparaissent pas avoir évolué depuis la décision initiale.

4.4. C'est donc sur le plan psychique qu'il convient d'examiner l'évolution de l'état de santé du recourant. A cet égard, l'autorité intimée s'est référée aux conclusions figurant dans l'expertise du 19 août 2016 du Dr D. _____.

Celui-ci retient le diagnostic invalidant de *"personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31)"* et ceux, non invalidants, de *"troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25)"* et de *"majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)"*. L'expert estime que les troubles psychiques agissent *"d'une manière défavorable sur l'activité relativement exigeante, en termes de responsabilité et de fiabilité, de chauffeur de poids lourds"*. Il estime que la capacité de travail est nulle dans une telle activité ainsi que de 50% dans une activité adaptée, à savoir *"sans responsabilités étendues, n'impliquant pas la prise de décisions importantes, n'ayant pas lieu en équipe"*, depuis la fin de l'année 2012-début de l'année 2013. Une capacité de travail de 70% a ensuite été récupérée progressivement jusqu'au jour de l'examen, à savoir le 17 août 2016, dans une activité adaptée (dossier OAI, p. 492).

Les conclusions de l'expert-psychiatre se fondent d'abord sur l'étude du dossier mis à disposition par l'OAI, sur un entretien avec la psychiatre traitante ainsi que sur un entretien du 17 août 2016 avec l'assuré. A cette occasion, ce dernier a été en mesure de décrire ses différents troubles, qui se traduisent par des douleurs dans tout le corps, ainsi que leurs effets sur son moral, notamment sa tristesse presque constante ainsi que le fait qu'il n'ait plus ni énergie ni confiance en lui. Pour sa

part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assuré, décrivant un assuré dont *"l'humeur n'est pas franchement déprimée"*, sans anhédonie, sans sentiment excessif de culpabilité et sans réduction de l'énergie au quotidien mais relevant l'existence d'automutilations et d'anxiété. Il s'est également référé à la biographie personnelle de l'assuré, évoquant notamment l'influence des conditions et événements défavorables de l'enfance dans le diagnostic de trouble de la personnalité.

L'expert-psychiatre motive clairement ses réflexions, tant s'agissant des problématiques d'ordre diagnostique que de l'évaluation de la capacité de travail. Ainsi, par exemple, il constate que le développement psycho-affectif de l'assuré a été marqué par un père décrit comme violent et alcoolique ainsi que par son placement dans des familles d'accueil qui l'ont mal nourri et méprisé. Il relève également l'existence de dysfonctionnements depuis l'adolescence chez un assuré qui n'a pas été capable de terminer une formation et s'est intégré de manière défailtante dans le monde du travail, avec des prises d'emploi multiples, sporadiques et brèves alors que, lorsque plus longues, elles ne se sont pas déroulées dans les meilleures conditions (éclats et empoignades). Il souligne encore l'existence d'une problématique d'addiction à l'alcool présente depuis plus de dix ans. Ces éléments le font conclure à l'existence d'un trouble de la personnalité. Relevant notamment une tendance à l'imprévisibilité, à l'impulsivité et à la conflictualité (y compris avec des actes de violence), il pense que le trouble de la personnalité se concrétise sous la forme d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline, se rattachant en cela à l'avis des médecins de K._____. Il en conclut que les limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble sont constituées par les difficultés relationnelles, les éclats de violence, la conflictualité, la difficulté à se responsabiliser au-delà du court terme ainsi que l'inconstance.

Les conclusions de l'expert-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. Quant à la problématique de dépendance, la Cour relève en particulier que l'expert estime qu'il n'y a pas suffisamment de critères de la CIM-10 pour retenir la présence tant d'un syndrome de dépendance que d'utilisation d'alcool nocive pour la santé. C'est pourquoi, il pose le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). Dans ce contexte, il constate qu'il *"existe une indication formelle pour une abstinence car l'alcool favorise la manifestation de symptômes anxieux (effet anxio-inducteur de l'alcool) et dépressifs (effet dépressogène de l'alcool)"*. Cette abstinence semble exigible de l'assuré, lequel n'est *"pas inapte à suivre une thérapie"*.

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'on ne peut pas relever de claires incohérences dans le travail de l'expert lorsqu'il examine la problématique de sa capacité de travail. C'est en effet de manière tranchée et constante qu'il retient qu'à la fin de l'année 2012, le recourant n'était plus en mesure de travailler en tant que chauffeur de poids lourds mais demeurerait apte à travailler à 50% dans une activité adaptée. C'est également de manière constante que le médecin évoque la récupération progressive d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée jusqu'au jour de l'examen, le 17 août 2016. L'expert est particulièrement explicite lorsqu'il affirme ce qui suit: *"La seule affirmation possible sur la base des documents médicaux en notre possession et de l'examen clinique du 17 août 2016, est celle qu'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle existe depuis la fin de l'année 2012-début de l'année 2013, qu'au même moment l'incapacité de travail dans une activité adaptée était de 50% et que depuis lors et jusqu'à ce jour, une capacité de travail de 70% a été récupérée progressivement"*.

Bien argumentée, l'expertise psychiatrique apparaît pleinement convaincante de sorte que c'est à juste titre que l'autorité intimée s'y est référée.

4.5. Les conclusions du Dr D. _____ ne sont, par ailleurs, pas mises en doute par les autres avis médicaux figurant au dossier.

Ainsi, dans ses rapports du 25 avril 2013 et du 4 avril 2014, la Dresse L. _____, médecin cheffe de clinique auprès de M. _____, faisait état d'une suspicion d'état de stress post-traumatique, d'une dépression récurrente (F33) et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3). Si l'existence d'un stress post-traumatique suspecté depuis l'enfance est rapidement – et de manière convaincante – écarté par l'expert-psychiatre, on constate qu'il rejoint la psychiatre traitante de l'époque sur le plan diagnostique, ne s'en distinguant que très marginalement dans le type de trouble de la personnalité. De même, il se rattache aux conclusions de cette dernière quant à l'estimation de la capacité de travail, celle-ci affirmant que *"le patient est en incapacité de travail à 100 % dans son activité habituelle"* mais que la capacité de travail est *"de 50 %"* dans une activité adaptée, à savoir *"dans une ambiance calme, sans stress, sans efforts physiques et de préférence avec peu d'interactions sociales"* (dossier OAI, p. 437 et 458; cf. ég. p. 375). Les autres médecins de M. _____, le Dr N. _____, médecin adjoint, le Dr O. _____, chef de clinique, et la Dresse P. _____, cheffe de clinique, vont dans le même sens que leur confrère. On constate en particulier que le Dr N. _____ diagnostique le même trouble de la personnalité que l'expert-psychiatre (cf. dossier OAI, p. 316, 353 et 463, bordereau recourant, pièce 8).

L'on précise que ces différents médecins ont été interrogés entre 2012 et 2015.

Pour sa part, le Dr Q. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, estime que le rapport d'expertise *"remplit entièrement les critères de qualité attendus d'une expertise médicale"*. Selon lui, le médecin *"fait une démonstration médicalement parfaitement cohérente de l'atteinte à la santé de l'assuré, en pleine conformité avec les critères diagnostiques internationalement reconnus. On relèvera non seulement une argumentation médicale rigoureuse à l'appui des diagnostics retenus mais également une discussion circonstanciée de chaque diagnostic figurant au dossier et écarté par l'expert"* (rapport du 5 octobre 2017, dossier OAI, p. 540).

Enfin, il apparaît que l'apparente différence d'appréciation entre le Dr C. _____, premier expert interrogé, et le Dr D. _____, peut s'expliquer par des motifs objectifs. Les expertises sont en effet datées l'une de 2008 et l'autre de 2016. Elles sont donc séparées par plus de huit années durant lesquelles de multiples péjorations de l'état de santé sont médicalement attestées tant par le Dr D. _____ que par les différents médecins traitants. Dans cet intervalle, l'on ne peut donc exclure que des troubles de la personnalité – non pris en compte lors de l'examen par le premier expert – se soient décompensés par la suite.

Partant, l'on doit retenir que le recourant n'est plus en mesure de travailler en tant que chauffeur de poids lourds depuis, au plus tôt, la fin de l'année 2012. Toutefois, il demeurerait apte à travailler à 50% dans une activité adaptée, à savoir une activité sans responsabilités étendues, n'impliquant pas la prise de décisions importantes, n'impliquant pas un travail en équipe. Dans une telle activité, une capacité de travail de 70% a même été progressivement récupérée jusqu'au jour de l'examen par l'expert, le 17 août 2016.

5.

5.1. 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

5.2. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la *méthode ordinaire*, la *méthode spécifique*, la *méthode mixte* et la *méthode extraordinaire*.

La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

De jurisprudence constante, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir

d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

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 LPG), 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'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *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 LPG, 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; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

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).

5.3. S'agissant d'abord du revenu de valide, l'autorité intimée a retenu un montant de CHF 66'453.-. Ce montant fait référence au salaire moyen du secteur privé de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, TA1_skill_level, niveau de compétences 1, homme).

Cependant, ainsi qu'il l'a été rappelé ci-avant (consid. 6.2), le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu avant l'atteinte à la santé.

En l'occurrence, selon les déclarations de l'ancien employeur, l'assuré a perdu son emploi car il *"ne pouvait plus exercer son activité comme chauffeur (très physique) en raison de son problème de dos"* (dossier OAI, p. 147). Dans cette activité, le dernier salaire se montait à CHF 64'610.-, montant qui avait par ailleurs été retenu dans la première décision du 3 juin 2008 (dossier OAI, p. 240).

S'agissant de la première période d'évaluation du degré d'invalidité (capacité de travail de 50%), ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 70'051.55, indices de 117.4336 pour 2007 et 127.324 pour 2014, cf. OFS, T1.93 Indice suisse des salaires par secteur, hommes). Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 70'051.55. Une opération identique doit être réalisée pour la seconde période d'évaluation, le revenu de valide devant être fixé à CHF 70'677.50 (indices de 117.4336 pour 2007 et 128.4617 pour 2016, cf. OFS, T1.93 Indice suisse des salaires par secteur, hommes).

L'on retiendra dès lors des revenus de valide de CHF 70'051.55 (année 2014) et de CHF 70'677.50 (année 2016).

5.4. Ensuite, lorsqu'il s'est agi de calculer le revenu d'invalidé, l'autorité intimée a considéré que son assuré possédait une capacité de travail de 50% depuis janvier 2013 (début du délai d'attente d'un an), puis de 70% depuis avril 2014.

Cependant, cette appréciation s'écarte des conclusions du Dr D._____. En effet, il a été relevé ci-avant que le recourant était apte à travailler dans une activité adaptée à un taux de 50%. En revanche, ce n'est que depuis l'examen par l'expert, le 17 août 2016, et non depuis avril 2014, qu'une amélioration de la capacité de travail peut être constatée et fixée à 70%.

C'est donc sur cette base qu'il sera procédé au calcul du degré d'invalidité.

S'agissant de la première période d'incapacité partielle de travail (jusqu'en 2016), il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement. Ce montant correspond au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'ESS 2014 (TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes).

Dès lors que le TA1, niveau de compétences 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétences 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence impactant probablement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Ce montant doit être réduit à hauteur de la capacité de travail résiduelle de 50%. En outre, l'on peut confirmer l'abattement supplémentaire de 10% au titre de désavantage salarial pris en compte par l'autorité intimée. Si le recourant l'estime insuffisant, on constate que les motifs qu'il présente ne sauraient remettre en cause ce pourcentage, étant rappelé que l'autorité intimée se voit reconnaître un important pouvoir d'appréciation en la matière.

Au vu de ce qui précède, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 29'832.20.

S'agissant ensuite de la seconde période d'incapacité partielle de travail (depuis 2016), l'on doit prendre en compte un montant mensuel de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'ESS 2016 (TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 64'080.-, indices de 128.4617 pour 2016 et 128.4617 pour 2016 si 100 en 1993, cf. OFS, T1.93 Indice suisse des salaires par secteur, hommes) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2016 (CHF 66'803.40, cf. statistique OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon les sections économiques et les cantons).

Au vu de la capacité de travail résiduelle de 70% qui a été retenue ainsi que d'un abattement supplémentaire de 10% au titre de désavantage salarial, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 42'086.15.

5.5. Pour la première période, il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 70'051.55) et d'invalidé (CHF 29'832.20) que la perte de gain se monte à CHF 40'219.35. Cela correspond à un degré d'invalidité de 57.41%, soit 57% (cf. ATF 130 V 121).

Un degré d'invalidité d'au moins 50% et inférieur à 60% donne droit à une demi-rente.

Pour la seconde période, la comparaison des revenus de valide (CHF 70'677.50) et d'invalidé (CHF 42'086.15) a pour résultat une perte de gain se monte de CHF 28'591.35. Cela correspond à un degré d'invalidité de 40.45%, soit 40% (cf. ATF 130 V 121).

Un degré d'invalidité d'au moins 40% et inférieur à 50% donne droit à un quart de rente.

L'on précisera que les différences de chiffres entre les calculs de la Cour et ceux de l'OAI sont non seulement liés au fait que des revenus de valide et d'invalidé différents ont été pris en compte, mais également au fait que ce dernier n'a procédé à aucune indexation de ces différents revenus.

Compte tenu de l'art. 88a al. 1 RAI, il convient de tenir compte d'un délai de trois mois après l'amélioration de la capacité de gain. La modification du droit à la rente doit donc être fixée au 1^{er} décembre 2016 (amélioration constatée le 17 août 2016).

6.

6.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, partiellement bien fondé, doit être admis et la décision du 22 janvier 2019 modifiée dans le sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une demi-rente du 1^{er} janvier 2014 (six mois après sa nouvelle demande du 2 juin 2013) au 30 novembre 2016. Cette rente est réduite à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2016.

6.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie. Le 26 avril 2019, son mandataire a produit sa liste de frais, d'un montant de CHF 2'817.50, à savoir CHF 2'683.33 au titre d'honoraires (644 minutes au tarif horaire de CHF 250.-) et CHF 134.17 au titre de débours.

Ce montant, éventuelle TVA comprise, est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe, étant rappelé que si le litige porte sur le droit à une rente, le gain de cause partiel ne suffit pas à lui seul pour réduire les dépens alloués, le travail nécessité ne dépendant pas du taux d'invalidité demandé (ATF 117 V 401; arrêt TF 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.2 et les références).

6.3. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-.

Ils sont répartis à raison de CHF 600.- à la charge de l'autorité intimée et CHF 200.- à la charge du recourant.

6.4. Au vu de sa situation financière et compte tenu du fait que le recours n'était manifestement pas d'emblée dénué de chances de succès, le recourant peut se voir reconnaître le droit (608 2019 55) à l'assistance judiciaire gratuite, ici limitée aux frais de procédure.

Le montant de CHF 200.- à charge du recourant au titre de frais de justice ne sera dès lors pas perçu, sauf retour à meilleure fortune.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est partiellement admis.
Partant, la décision du 22 janvier 2019 est modifiée dans le sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une demi-rente du 1^{er} janvier 2014 au 30 novembre 2016 et à un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2016.
- II. La demande (608 2019 55) d'assistance judiciaire gratuite est admise.
- III. L'indemnité de partie allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'817.50, éventuelle TVA comprise, et mise à la charge de l'autorité intimée.
- IV. Des frais de justice de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 600.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 200.- à la charge du recourant, ces derniers n'étant pas perçus en raison de l'assistance judiciaire gratuite qui a été 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 5 novembre 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :