



**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 92
608 2019 93
608 2019 94
608 2019 95

Arrêt du 11 mars 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

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

Parties

A. _____, recourant, agissant par sa curatrice, **B. _____**,
représenté par Me Katia Berset, avocate

contre

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

Objet

Assurance-invalidité

Recours (608 2019 92) du 3 avril 2019 contre la décision du 1^{er} mars
2019

Recours (608 2019 94) du 3 avril 2019 contre la décision du
28 février 2019

Demandes (608 2019 93 et 95) d'assistance judiciaire déposée dans
le cadre des deux recours précités

considérant en fait

A. A. _____, né en 1972, domicilié à C. _____, titulaire d'un CFC de maçon, travaillait en dernier lieu en tant que déménageur pour le compte de la fondation D. _____.

Le 1^{er} octobre 2002, il a déposé une première demande de prestation auprès de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant souffrir d'une dépression, d'un état anxieux et de toxicomanie.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Le 4 août 2003, le médecin a informé que l'assuré ne s'était pas présenté aux rendez-vous. Par communication du 6 août 2003, l'assuré s'est vu ordonné de prendre contact avec l'expert jusqu'au 20 août 2003.

Par décision du 4 septembre 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestation, indiquant s'être fondé sur les pièces du dossier en l'absence de collaboration de l'assuré.

B. Le 19 mai 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison des atteintes suivantes: *"anxiété généralisée, dépression chronique, hépatite C, crise d'angoisse"*.

L'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de G. _____, neuropsychologue. Dans leurs rapports des 2 et 18 avril 2018, ceux-ci estiment que l'assuré est en mesure de travailler à un taux de 40% dans une activité adaptée. L'office a également réalisé une enquête au domicile de l'assuré. Dans son rapport du 15 novembre 2018, l'enquêtrice conclut à l'existence d'empêchements de 4.80% dans la tenue du ménage.

Par décision du 28 février 2019, l'OAI a rejeté une demande d'assistance gratuite d'un conseil juridique pour la procédure administrative déposée le 25 février 2019.

Par décision du 1^{er} mars 2019, reprenant un projet du 14 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande déposée par son assuré en se fondant sur un degré d'invalidité de 4.80%, calculé selon la méthode spécifique.

C. Contre ces deux décisions l'assuré, représenté par Me Katia Berset, avocate, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 3 avril 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, à leur annulation, à l'octroi d'une rente entière et à l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseiller juridique pour la procédure administrative.

A l'appui de son recours contre le refus de prester (608 2019 92), l'assuré se plaint d'une motivation erronée – relevant notamment qu'une consommation d'alcool est évoquée et non une toxicomanie – et insuffisante – faisant l'impasse sur les questions litigieuses – ce qui constitue une violation de son droit d'être entendu. Il conteste ensuite la méthode d'évaluation choisie par l'autorité intimée, affirmant que, en santé, il travaillerait à 100% mais que ce sont ses ennuis de santé qui l'en ont empêché. Il regrette encore que les interdépendances entre ses troubles n'aient pas été plus investiguées et estime que les conclusions des experts mandatés sont incomplètes, demandant en cela un complément d'expertise. Enfin, à l'appui de son recours contre le refus d'assistance gratuite d'un conseil juridique (608 2019 94), l'assuré affirme que tant lui-même que sa curatrice n'avaient pas les connaissances juridiques suffisantes pour traiter son dossier.

Parallèlement à son recours, l'assuré demande (605 2019 93 et 95), pour les deux procédures, à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Katia Berset lui soit désignée défenseur d'office.

Dans ses observations du 17 avril 2019, l'OAI propose le rejet des deux recours, soutenant en particulier que l'application de la méthode spécifique se justifiait dès lors que la marginalisation de l'assuré précédait de plusieurs années l'atteinte à la santé.

Dans une intervention du 29 avril 2019, l'assuré rappelle présenter une atteinte à sa santé depuis 1993-1994. En outre, par courrier du 30 janvier 2019, il produit une copie de l'acte de nomination de sa curatrice et une décision de la Justice de paix de l'arrondissement de Q. _____, autorisant cette dernière à plaider, transiger et mandater un avocat.

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.

Les recours ont été interjetés en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté (cf. dossier TC, pièce 12), est en outre directement atteint par les décisions querellées et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elles soient, cas échéant, annulées ou modifiées. Les recours sont ainsi recevables.

Il y a lieu, en application de l'art 42 al. 1 du code de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), de joindre les causes 608 2019 92, 608 2019 93, 608 2019 94 et 608 2019 95 pour des motifs d'économie de procédure.

Recours (608 2019 92) contre la décision du 1^{er} mars 2019 (refus de rente)

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).

Détermination de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable

3.

3.1. 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.

3.2. La loi consacre désormais trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculo-logiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1).

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 p. 338 et les références).

3.3. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous

les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.

4.1. Dans sa décision du 1^{er} mars 2019, l'OAI indique avoir fait application de la méthode dite spécifique car l'assuré n'avait *"pas exercé d'activité lucrative avant la survenance de [son] atteinte à la santé"*. Il précise par la suite que *"la marginalisation de l'assuré précédait de plusieurs années une atteinte à la santé invalidante entravant la capacité de gain de l'assuré"*. C'est la *"raison pour laquelle l'application de la méthode de calcul dite spécifique doit s'appliquer au cas d'espèce"* (cf. observations du 17 avril 2019).

Toutefois, ce raisonnement repose sur la prémisse erronée que l'absence d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé induirait nécessairement l'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité à la personne assurée concernée. Cette interprétation ne correspond toutefois pas au système de la loi. En effet, les travaux habituels qui peuvent être assimilés à l'exercice d'une activité lucrative et que l'on peut dès lors prendre en compte, par le biais de la méthode spécifique, pour l'évaluation de l'invalidité sont les travaux du ménage, le fait de suivre une formation, toute activité artistique ou d'utilité publique ou encore les travaux auxquels se consacrent les communautés religieuses (cf. arrêt TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.4.1).

Or, loin de se consacrer aux seuls travaux habituels – ce qui impliquerait de faire usage de la méthode spécifique – il apparaît que le recourant continue, depuis près de 20 ans, à exercer une activité à temps partiel auprès de la fondation D. _____ (cf. consid. 6.2 ci-dessous). Cette occupation ne saurait être assimilée à la tenue du ménage ou, d'autant moins, à une renonciation à maintenir un lien avec le monde du travail.

Il résulte de ce qui précède que la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité n'entre pas en ligne de compte dans le cas d'espèce. Reste à déterminer s'il convient de faire application de la méthode ordinaire ou de la méthode mixte.

4.2. En l'occurrence, il apparaît que le parcours professionnel du recourant reflète l'existence d'une atteinte à la santé déjà ancienne.

Après avoir réalisé son apprentissage en cinq ans au lieu de trois (1988-1993), l'assuré a travaillé quelque temps en tant que maçon (1994-1996). Les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer les contours exacts de cette période d'activité, mais celle-ci n'était probablement effectuée qu'à temps partiel au vu des montants cotisés (environ CHF 10'000.- en 1994 et 1995,

CHF 7'000.- en 1996; dossier OAI, p. 103). En 1997, l'assuré a été placé au sein de l'association de H. _____ à I. _____, notamment chargée de l'insertion de personnes confrontées à des problèmes de dépendance (dossier OAI, p. 37, 103 et 184). Ce placement a été suivi d'un emploi pour la fondation D. _____, à savoir également une fondation prenant en charge les personnes en situation d'addiction, depuis 1998. Il y a d'abord travaillé en tant que déménageur pendant 7 ans, puis au sein des ateliers protégés. Depuis 1998, l'on constate l'existence de faibles revenus (entre CHF 1'000.- et CHF 2'000.-) provenant d'agences de placement temporaire (dossier OAI, p. 103).

L'assuré s'est donc rapidement vu orienté vers des activités – protégées ou non – au sein d'associations en charge des personnes confrontées à des problèmes de dépendance. Ce parcours professionnel doit être mis en lien avec l'ensemble des rapports médicaux qui attestent d'un patient dont la capacité de travail est diminuée depuis de nombreuses années en raison de sa toxicomanie.

Déjà dans le cadre de la première demande du 1^{er} octobre 2002, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquait un suivi par une unité spécialisée en toxicomanie depuis mars 1994 et des hospitalisations en 1997 et 1998. C'est par ailleurs la première hospitalisation qui avait conduit au placement de l'assuré auprès de H. _____ à I. _____ (rapport du 15 novembre 2002, dossier OAI, p. 37 et 39). Pour sa part, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, signalait avoir traité l'assuré pour toxicomanie en 1997-1998 (dossier OAI, p. 54). Enfin, se fondant uniquement sur les pièces au dossier, le Dr E. _____ évoquait un assuré qui se "*marginalis[ait] dans une toxicomanie et la délinquance*", était "*connu pour les problèmes précités et est suivi dans les structures publiques de la santé mentale à Fribourg depuis 1994*". Il évoquait des hospitalisations en milieu spécialisé en 1997, 1998 et 1999 (dossier OAI, p. 62).

Puis, faisant suite à la seconde demande de prestations, les rapports du Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestent d'une incapacité de travail totale dans le marché du travail primaire "*lebenslang*", retenant des capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi qu'une résistance limitée "*seit Jahrzehnten*" (dossier OAI, p. 95, 130, 143 et 152). Pour sa part, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale, atteste de la présence de troubles psychiques depuis 1993-1994 et d'une consommation d'héroïne en fumée depuis l'âge de 20 ans (dossier OAI, p. 103). Quant au Dr N. _____, médecin adjoint auprès de O. _____, il fait état de séjours au centre de soins hospitalier de P. _____ en 1997, 1998 et 2015 (dossier OAI, p. 138). Enfin, le Dr F. _____ relève que l'assuré a "*commencé la consommation d'héroïne à l'âge de 20 ans qu'il a fumée durant longtemps et ensuite en [intraveineuse] dès l'âge de 30 ans*" (dossier OAI, p. 184).

Ces différents documents et rapports médicaux confirment l'impact des troubles à la santé depuis que l'assuré est âgé de vingt ans, ce qui est bien antérieur à la première demande de prestations du 1^{er} octobre 2002. Certes cette première demande a été rejetée. Cependant, dans sa décision du 4 septembre 2003, l'OAI ne se fondait ni sur la capacité de travail médicalement attestée ni sur le degré d'invalidité – ce qui aurait été malaisé en l'absence d'avis médical se prononçant définitivement sur ces problématiques – mais sur l'absence de collaboration de l'assuré.

4.3. L'ensemble de ce qui précède va dans le sens d'une atteinte à la santé déjà ancienne, ayant influencé le recourant dans ses choix de vie respectivement l'ayant empêché d'exercer une activité lucrative durablement après l'obtention de son CFC. L'on ne peut dès lors déduire de l'absence d'activité lucrative depuis 1997 (année de son placement auprès de H. _____ à I. _____)

que l'assuré ne souhaitait pas travailler à la date de la décision litigieuse, en présence d'une problématique d'addiction limitant sa capacité de travail.

Il exercerait, à tout le moins, une activité à temps partiel. Toutefois, il n'existe au dossier aucun élément permettant de quantifier précisément le pourcentage auquel travaillerait l'assuré dans la mesure où la toxicomanie a commencé à l'époque où le recourant est entré sur le marché du travail.

L'on ne peut dès lors que se référer aux déclarations de l'assuré lors de l'enquête domiciliaire. Il avait alors indiqué que, *"sans atteinte à la santé, il irait travailler à un pourcentage de 100%"* (dossier OAI, p. 218). Au demeurant, ce taux correspond au taux auquel il était occupé en tant qu'apprenti, soit avant qu'il ne commence à consommer des stupéfiants. L'on constate, en outre, que malgré l'atteinte à la santé, attestée tant par le Dr F. _____ que par ses médecins traitants, l'assuré exerce depuis de nombreuses années une activité occupationnelle au sein des ateliers protégés de D. _____ 4 jours par semaines, de 13h30 à 16h30 (dossier OAI, p. 184 et 207). Ce taux est loin d'être négligeable pour un assuré qui s'est vu reconnaître, dans l'économie libre, une capacité de travail de 40% par les experts et une incapacité totale de travail par ses médecins traitants. Enfin, l'on rappelle qu'il s'agit d'un assuré de plus de cinquante ans, célibataire et sans enfants, sans fortune ou soutien financier de tiers, qui émarge actuellement de l'aide sociale (dette de CHF 350'000.-), soit une situation financière difficile qui encouragerait une personne moyenne à chercher un emploi à temps plein. L'autorité perd d'ailleurs de vue que le service social obligerait le recourant à travailler pour éviter qu'il dépende de prestations de l'état.

Dans ces circonstances, en l'absence d'éléments probants allant dans le sens contraire, il convient d'admettre que le recourant aurait consacré l'entier de son temps à l'exercice d'une activité lucrative s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, ce qui implique de calculer le degré d'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

Détermination de la capacité de travail résiduelle

5.

5.1. 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).

5.2. 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).

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).

6.

6.1. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr F. _____ et G. _____ afin d'examiner l'assuré.

Dans son rapport du 2 avril 2018, la neuropsychologue retient que *"les déficits cognitifs observés sont en effet en premier lieu l'expression d'une atteinte cérébrale consécutive à la prise d'alcool et de drogues"*. Sur cette base, elle fixe la capacité de travail à 40% dans une activité adaptée, à savoir des travaux simples, sans pression au niveau du rendement, sans exigence au niveau attentionnel et organisationnel, dans un cadre tolérant. Elle précise qu'une *"nette baisse de la rapidité, des erreurs attentionnelles et des oublis occasionnels, une faible capacité d'adaptation, d'analyse et de gestion, y compris du stress, sont à attendre et ceci pour la plupart des sollicitations professionnelles"* (dossier OAI, p. 207). Pour sa part, dans son rapport du 18 avril 2018, le Dr F. _____ retient le diagnostic invalidant de *"troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F19.22), qui ont provoqué des troubles neuropsychologiques irréversibles"* ainsi que celui non-invalidant de *"personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30)"*. Ces troubles sont, à ses yeux, très limitants, reprenant les conclusions de G. _____ tant s'agissant de la capacité de travail que des limitations à respecter (dossier OAI, p. 184).

Les conclusions des deux experts sont fondées sur les pièces figurant au dossier de l'assurance-invalidité ainsi que sur des entretiens avec l'assuré les 25 et 29 janvier et le 26 mars 2018. A cette occasion, l'assuré a pu décrire ses différents troubles ainsi que détailler son anamnèse. Pour leur part, les deux experts ont pu procéder à des examens complets de l'assuré, tant sur les plans psychiatriques que neuropsychologiques, s'appuyant notamment sur un dosage urinaire des médicaments et drogues. Se fondant sur ces différents éléments, ils procèdent à une étude circonstanciée des points litigieux et expliquent, certes de manière lapidaire, les motifs à l'appui de leurs conclusions. En particulier, l'évaluation de la capacité de travail tient compte des critères figurant à l'ATF 141 V 281. Ainsi, il est relevé que l'assuré est bien soutenu par son réseau mais que sa personnalité rend d'éventuelles mesures de réadaptation vouées à l'échec. Il est également constaté qu'il n'y a pas de divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'expertisé en situation d'examen, ainsi que les éléments du dossier.

Les expertises du Dr F. _____ et de G. _____ apparaissent remplir les critères formels permettant de reconnaître à leurs conclusions une pleine valeur probante.

6.2. L'avis des deux experts mandatés par l'OAI s'écarte partiellement des conclusions des médecins en charge du suivi du recourant, le Dr L. _____, le Dr N. _____ et le Dr M. _____.

Le Dr L. _____ retient les diagnostics invalidants de *"troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale"* (F11.22), de *"troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale"* (F13.22) et de *"troubles mixtes de la personnalité"* (F61.0), tous présents depuis plusieurs dizaines d'années. Le médecin est d'avis que son patient n'est plus en mesure de travailler sur le marché primaire de l'emploi car limité dans sa concentration, sa compréhension, sa capacité d'adaptation et sa résistance. Une reprise du travail n'est, selon lui, pas imaginable pour le moment, ne concevant pour son patient que la possibilité de travailler dans un emploi protégé (rapport du 25 mai 2014, dossier OAI, p. 95, cf. ég. p. 127, 143 et 152). Pour sa part, le Dr N. _____, retenant des diagnostics proches à son confrère, est également d'avis qu'une *"activité du patient dans l'économie libre est difficilement imaginable"* dès lors que celui-ci *"nécessite une prise en charge dans un milieu protégé qui lui permette une adaptation de l'activité à son état de santé"* (rapport du 2 mars 2016, dossier OAI, p. 138). Enfin, le Dr M. _____ – ajoutant aux diagnostics précités ceux, non invalidants, de tabagisme chronique et d'hépatite C – soutient aussi que son patient possède une capacité de travail uniquement dans une *"activité occupationnelle (lui offrant un cadre)"*, indiquant des restrictions en lien avec une fatigue rapide et des dyspnées occasionnelles (dossier OAI, p. 103).

Les trois médecins traitants font donc état de diagnostics semblables à ceux retenus par les experts, mais se distinguent quant à l'impact de ces troubles sur la capacité de travail de leur patient. Alors que les experts estiment qu'il subsiste une capacité de travail résiduelle de 40% dans l'économie libre, les médecins traitants estiment que seule une activité protégée peut être exigée de leur patient. Sur ce plan, le recourant pense que cette différence d'appréciation découlerait du fait que les experts n'ont pas pris en compte l'interdépendance avec d'autres troubles psychiques, citant des troubles du développement, une dyslexie ainsi qu'un trouble autistique. Elle serait aussi en lien avec l'absence de prise en compte des effets directs et indirects des consommations de substances psychoactives et le fait qu'elles ne débutent pas d'emblée avec toute la panoplie de symptômes et signes objectifs qui les qualifie. Selon lui, cette absence justifierait la mise sur pied d'un complément d'expertise.

Toutefois, cette explication n'apparaît pas convaincante puisque ces éléments n'ont pas été pris en compte non plus par les médecins traitants actuels, qui ne citent ni troubles du développement, ni dyslexie, ni trouble autistique. Les experts prennent par ailleurs en compte les effets des différents produits consommés par le recourant, puisque c'est bien cette consommation qui a, selon eux, occasionné les limitations actuelles. La neuropsychologue affirme, par exemple, que les *"déficits cognitifs observés sont [...] en premier lieu l'expression d'une atteinte cérébrale consécutive à la prise d'alcool et de drogues"*. Les critiques du recourant ne rendent ainsi pas vraisemblable la nécessité de mettre sur pied un complément d'expertise.

Cela étant, si les experts ne font pas référence à un milieu protégé, on constate que les limitations qu'ils relèvent sont proches de ce que retiennent les médecins traitants. La neuropsychologue précise que *"seuls des travaux simples peuvent être encore réalisés, sans pression au niveau du rendement, sans exigence aux niveaux attentionnel et organisationnel, dans un cadre tolérant"*. La différence d'appréciation ne porte ainsi que sur la possibilité ou non d'exercer une activité adaptée sur le marché primaire, ce qui peut s'expliquer par la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le patient et son médecin traitant, laquelle pourrait conduire ce dernier à

prendre parti pour l'assuré. A tout le moins, cette légère différence d'appréciation ne saurait remettre en cause les conclusions des deux experts.

6.3. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'on doit retenir que l'assuré demeure en mesure de travailler à un taux de 40% dans une activité adaptée, à savoir des travaux simples, sans pression de rendement, sans exigence aux niveaux attentionnel et organisationnel et dans un cadre tolérant.

Calcul du degré d'invalidité

7.

7.1. 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'invalidité, 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).

7.2. 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 TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

7.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité 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'invalidité 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).

8.

8.1. Il a été retenu ci-avant que la toxicomanie de l'assuré a commencé à la fin de son apprentissage, à un moment où il venait d'obtenir son CFC. Dans ces circonstances, le salaire de valide doit être évalué sur la base de chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (TA1_skill_level, 41-43 Construction, niveau de compétences 2).

Cela correspond à un montant de CHF 5'885.-, soit CHF 70'620.- annuellement.

Il convient également de prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.5 heures par semaine en 2014 (CHF 73'268.25, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Construction).

Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 73'268.25.

8.2. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement, correspondant 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 de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, 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 2018 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 compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède qu'une expérience professionnelle très limitée, laquelle peut manifestement influencer le revenu auquel il pourrait prétendre. Cela justifie de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 63'744.-, indices de 2220 pour 2014 et 2220 pour 2014, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la

consommation et des salaires réels, hommes et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2014 (CHF 66'453.10, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs).

Au vu de la capacité de travail de 40% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 26'581.25.

Pour autant qu'il soit nécessaire de tenir compte d'un désavantage salarial, compte tenu des circonstances du cas, le pourcentage ne saurait être supérieur à 15% (CHF 22'594.05).

8.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 73'268.25) et d'invalidé (CHF 26'581.25) que la perte de gain se monte à CHF 46'687.-. Cela correspond à un degré d'invalidité de 63.72%, soit 64% (cf. ATF 130 V 121).

Un degré d'invalidité supérieur à 60% mais inférieur à 70% donne droit à un trois-quarts de rente.

Si l'on devait tenir compte d'un désavantage salarial de 15%, le degré d'invalidité demeurerait inférieur à 70%. Tel serait également le cas si l'on devait faire application de l'art. 26 RAI et fonder le revenu de valide sur la médiane de l'ESS (CHF 73'800.- selon la lettre circulaire n°369 du 19 décembre 2017 de l'Office fédéral des assurances sociales).

Le droit au trois-quarts de rente est reconnu dès le 1^{er} novembre 2014, à savoir six mois après le dépôt de la demande de prestations datée du 19 mai 2014 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

A ce stade, la Cour relève que, si l'on doit admettre avec le recourant que la motivation de la décision contestée était vraiment courte, elle était suffisante pour qu'il soit en mesure de se rendre compte de la portée de la décision et l'attaquer en connaissance de cause. Par ailleurs, le recourant a eu la possibilité de s'exprimer devant la Cour de céans, jouissant d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu devrait quoi qu'il soit être considérée comme guérie. Les griefs quant à la violation du droit d'être entendus n'apparaissent, dans ces circonstances, pas fondés.

9.

9.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis partiellement et la décision du 1^{er} mars 2019 modifiée en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} novembre 2014.

9.2. 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.

9.3. Au vu de l'admission partielle du recours, qui doit être assimilée à un gain de cause, le recourant a droit à l'octroi d'une indemnité de partie.

Le 29 avril 2019, sa mandataire a transmis sa liste de frais, pour un montant total de CHF 3'849.30, à savoir CHF 3'666.- au titre d'honoraires (20.37 heures à CHF 180.-) et CHF 183.30 au titre de débours forfaitaires (5%).

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, elle prend en compte des opérations antérieures à la décision litigieuse et qui n'ont, dès lors, pas à être prises en charge dans le cadre de la procédure de recours. Par ailleurs, les frais 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). Enfin, elle prend en compte les opérations relatives à la procédure 608 2019 92 (refus de rente) et à la procédure 608 2019 94 (assistance d'un conseil juridique gratuit).

Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'050.-, à savoir à CHF 2'000.- au titre d'honoraires (8 heures à CHF 250.-) et CHF 50.- au titre de frais.

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).

9.4. 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 93) 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.

Recours (608 2019 94) contre la décision du 28 février 2019 (refus de l'assistance gratuite d'un conseil juridique)

10.

10.1. Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 de LPGA).

La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (arrêts TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1, 8C_936/2010 du 14 juin 2011 consid. 4.1, 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.1; ATF 131 V 153 consid. 3.1).

La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'ancien art. 4 de la Constitution fédérale (Cst.; RS 101; cf. art. 29 al. 3 Cst.) sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition (partie dans le besoin, conclusions non dépourvues de toute chance de succès et assistance objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes) continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (arrêts précités 9C_674/2011 et 8C_936/2010).

10.2. Toutefois, le point de savoir si ces conditions sont réalisées doit être examiné à l'aune de critères plus sévères dans la procédure administrative des assurances sociales (arrêts TF 8C_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.3 et I 127/07 du 7 janvier 2008 consid. 4.3; KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, ad art. 37, p. 530 n° 35).

L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à ce dernier parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un

assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération. A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (arrêts précités 9C_674/2011 consid. 3.2 et 8C_936/2010 consid. 4.2; ATF 132 V 200 consid. 4.1).

10.3. Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée.

En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. De jurisprudence constante, un litige sur le droit éventuel à une rente d'invalidité n'est pas susceptible d'affecter de manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé; en revanche, il a une portée considérable. La nécessité de l'assistance gratuite ne peut donc être admise d'emblée, mais n'existe que lorsque, à la relative difficulté du cas, s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (cf. arrêt TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.1 et les références). Selon la jurisprudence, les questions d'appréciation d'éléments médicaux, y compris lorsqu'il s'agit de discuter une expertise médicale, même dans le cadre de troubles somatoformes douloureux, ou de rabatement sur les salaires statistiques ne suffisent pas pour reconnaître la nécessité de l'assistance gratuite d'un avocat (arrêts TF 9C_436/2017 du 14 décembre 2017 consid. 3.5; 8C_676/2015 du 7 juillet 2016 consid. 7.2; 9C_878/2014 du 6 juillet 2015 consid. 5.1).

11.

Est litigieuse la question de savoir si le recourant peut bénéficier de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans le cadre de la procédure devant l'OAI.

Dans celle-ci a seul été contesté le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable (cf. objections du 25 février 2019, dossier OAI, p. 249). Cette problématique ne peut pas être considérée comme particulièrement complexe, que cela soit sur le plan de l'état de fait ou des questions de droit.

Il convient, à cet égard, de rappeler qu'une curatrice de portée générale a été nommée pour le recourant et a, par ailleurs, rempli la demande de prestation AI du 19 mai 2014 (cf. dossier OAI, p. 82). Ce dernier dispose également du soutien du service social de sa commune de domicile et de la fondation D._____. Compte tenu du fait que la procédure en matière d'assurance-sociale (maxime inquisitoire et application du droit d'office), l'ensemble de ces intervenants devait manifestement disposer des connaissances et compétences nécessaires pour déposer des objections au projet de décision du 14 décembre 2018, respectivement aider le recourant à le faire.

Compte tenu de ce qui précède, la condition de la complexité particulière de la procédure rendant nécessaire l'assistance par un avocat, faisant défaut, les autres conditions cumulatives des chances de succès et de l'indigence n'ont pas besoin d'être examinées.

Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique pour la procédure administrative devant elle et le recours (608 2019 94), manifestement mal fondé, doit être rejeté.

12.

Le recourant a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la présente procédure de recours (requête 608 2019 95).

12.1. Selon l'art. 61 let. f, 2^{ème} phrase, LPGA lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois 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 des 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). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3).

12.2. En l'espèce, compte tenu de ce qui précède, il faut retenir que le recours contre le refus d'assistance gratuite d'un conseil juridique était manifestement dénué de toute chance de succès.

En effet, la jurisprudence est claire s'agissant des conditions très strictes dans lesquelles une telle assistance gratuite est accordée en procédure administrative et il est manifeste que le cas du recourant ne remplit pas ces conditions. Les conditions susmentionnées étant cumulatives, la question de l'indigence n'a pas besoin d'être examinée et la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 95) est rejetée.

Conformément à l'art. 145 al. 3, 1^{ère} phrase, CPJA, la procédure en matière d'assistance judiciaire est gratuite.

Succombant, le recourant n'a pas droit à une indemnité de partie.\$

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2019 92) contre la décision du 1^{er} mars 2019 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est partiellement admis.
Partant, la décision du 1^{er} mars 2019 est modifiée en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} novembre 2014.
Pour le surplus, le recours est rejeté.
- II. L'indemnité de partie allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'050.-, éventuelle TVA comprise, et mise à la charge de l'autorité intimée.
- III. Des frais de justice de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 600.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et de CHF 200.- à la charge du recourant.
- IV. La demande (608 2019 93) d'assistance judiciaire gratuite pour la procédure 608 2019 92 est admise.
Partant, les frais de justice mis à la charge du recourant dans le cadre de la procédure 608 2019 92, à hauteur de CHF 200.-, ne sont pas perçus.
- V. Le recours (608 2019 94) contre la décision du 28 février 2019 est rejeté.
- VI. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
- VII. La demande (608 2019 95) d'assistance judiciaire gratuite pour la procédure 608 2019 94 est rejetée.
- VIII. 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 11 mars 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :