



**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 2017 302  
608 2017 303

## **Arrêt du 8 octobre 2019**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Olivier Bleicker, Anne-Sophie Peyraud  
Greffière-stagiaire : Tania Chenaux

#### **Parties**

**A.\_\_\_\_\_**, **recourant**, représenté par Me Benoît Sansonnens,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité; révision

Recours du 18 décembre 2017 contre la décision du 13 novembre  
2017

## considérant en fait

A.

A.a. A. \_\_\_\_\_, né en 1961, originaire de B. \_\_\_\_\_, divorcé, père de deux filles (nées en 1985 et 1989), sous curatelle de représentation et de gestion, a travaillé comme chef d'équipe auprès de l'entreprise C. \_\_\_\_\_ SA du 22 avril 1985 au 27 janvier 1998. Le 26 juin 1998, il s'est coupé la main gauche avec une fendeuse à bois. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Les 26 juin 1998 et 10 juin 1999, A. \_\_\_\_\_ a subi une amputation à la moitié de la première phalange de l'index de sa main gauche. Le 26 août 1999, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 22 mars 2000, le médecin d'arrondissement de la CNA a, en se fondant notamment sur l'avis des chirurgiens traitants (des 16 septembre 1999 et 10 mars 2000), retenu que l'assuré présentait des séquelles d'une amputation de l'index gauche, avec des suites compliquées par une algoneurodystrophie et une infection entraînant une très importante limitation fonctionnelle du médus, de l'annulaire et de l'auriculaire, ainsi qu'une diminution de la force de la main gauche (port de charges jusqu'à 11 kg). En raison d'un syndrome de dépendance à l'alcool, A. \_\_\_\_\_ a ensuite séjourné à plusieurs reprises à D. \_\_\_\_\_ (cures de désintoxication). Puis, il a participé à un stage d'orientation professionnelle à E. \_\_\_\_\_ (du 26 août au 18 octobre 2002; rapport du 5 novembre 2002). Au terme de la mesure, il a été engagé comme aide-sanitaire à 60 % par l'entreprise F. \_\_\_\_\_ S.A.

Par décisions des 20 février et 23 mars 2004, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) a, en se fondant sur un degré d'invalidité de 52 %, octroyé à A. \_\_\_\_\_ une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 1999. Les 2 mars 2005 et 9 novembre 2007, le droit à une demi-rente a été maintenu.

A.b. En raison d'une hépatopathie alcoolique et d'un éthylysme chronique, A. \_\_\_\_\_ a souffert de plusieurs contusions, entorses ou fractures occasionnées par des chutes ou des traumatismes dès 2005 (pied, rotule, côtes, poignet, épaule, nez, orbite de l'œil gauche, etc.) et séjourné à plusieurs reprises au sein de divers établissements médicaux en vue d'un sevrage. Il a de plus été licencié par son employeur avec effet à fin octobre 2008 (extrait du compte individuel AVS du 27 février 2014).

Après avoir chuté sur la voie publique à proximité immédiate d'une voie ferroviaire le 8 mai 2010, en raison d'une alcoolémie à 4,76 ‰, puis présenté un pré-délirium trémens le jour suivant, A. \_\_\_\_\_ a été placé à des fins d'assistance dans un établissement psychiatrique (du 11 au 14 mai 2010). Il a ensuite séjourné de manière volontaire au sein dudit établissement jusqu'au 17 juin 2010.

Le 28 juin suivant, il a demandé la révision de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'office AI a recueilli notamment l'avis des Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (des 6 août et 21 septembre 2010), Dr H. \_\_\_\_\_, médecin chef de clinique auprès du Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour adultes de D. \_\_\_\_\_ (des 1<sup>er</sup> juillet et 4 novembre 2010), et Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (du 14 juin 2010), puis pris connaissance de l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA (du 7 octobre 2010). Il a ensuite soumis le cas au médecin de son Service médical régional (SMR). Dans un avis établi le 25 novembre 2010, la Dresse J. \_\_\_\_\_,

spécialiste en médecine interne générale, a constaté que l'état de santé de l'assuré s'était dégradé depuis avril 2008 (hépatopathie alcoolique depuis 2008, syndrome radiculaire et fracture de la rotule en 2010); la capacité de travail de A. \_\_\_\_\_ était nulle dans toute activité professionnelle (atteintes à la santé sévères et irréversibles, avec un pronostic réservé). Par décisions des 31 mars et 16 novembre 2011, l'office AI a, en se fondant sur un degré d'invalidité de 100 %, octroyé à A. \_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009 (mois durant lequel une révision d'office du droit à des prestations était prévue).

A.c. Le 12 mai 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'office AI que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré en raison d'une abstinence à l'alcool depuis décembre 2011 (à la suite d'une cure de sevrage du 24 octobre au 9 décembre 2011; avis du Dr H. \_\_\_\_\_ du 11 décembre 2011); l'abstinence était cependant fragile ce qui rendait selon le médecin une modification des droits de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité prématurée (risque de compromettre tous les efforts entrepris). Selon le Dr G. \_\_\_\_\_, l'assuré restait de plus «chétif», avec des lombalgies récidivantes et une claudication intermittente limitative des deux mollets (nettement plus marquée à gauche). Le 8 décembre suivant, le médecin a précisé que l'assuré était toujours fragile sur le plan psychique, qu'il donnait des «petits coups de main» (à sa mère) dans des activités occupationnelles, qu'il aimerait bien trouver un «petit travail» et que son potentiel de réinsertion était faible (intolérance au stress, épargne lombaire, abstinence à l'alcool fragile).

L'office AI a ensuite soumis l'assuré à une expertise pluridisciplinaire auprès de K. \_\_\_\_\_. Dans un rapport établi le 13 mai 2016, les Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont diagnostiqué – avec répercussion sur la capacité de travail – une artériopathie obstructive périphérique (bilatérale) des membres inférieurs (de stade IIa), à prédominance droite (avec absence d'ischémie critique et duplex artériel du 6 avril 2016 - sténose serrée de l'artère fémorale superficielle des deux côtés, à prédominance droite); l'assuré pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes de plus de 10 kg, pas d'exposition au froid). Les médecins ont ajouté que l'état de santé de l'assuré s'était modifié depuis 2011 (aggravations suivies d'amélioration), avec une abstinence à l'alcool (dès fin 2011) et l'apparition de problèmes angiologiques dès 2012. A l'appui de leurs conclusions, les médecins ont produit les avis des Dr O. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint auprès de Q. \_\_\_\_\_ (du 11 avril 2016), et Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie (du 15 avril 2016), ainsi que notamment les résultats de radiographies du bassin, de la colonne lombaire, de la colonne dorsale et des genoux de l'assuré.

Entendu le 14 juin 2016, A. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'office AI qu'il n'était pas contre l'idée de reprendre une activité professionnelle, mais qu'il doutait qu'un employeur acceptât de l'engager. Le 6 septembre 2016, l'assuré a confirmé par l'entremise de sa curatrice qu'il était prêt à prendre part à une évaluation de ses capacités professionnelles. Il a suivi un stage d'orientation professionnelle auprès de R. \_\_\_\_\_ en vue de la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100 % (du 6 juin au 8 octobre 2017), comprenant notamment un stage pratique de mécanicien d'entretien auprès de la société S. \_\_\_\_\_ (révision de machines de nettoyage) du 21 août au 15 septembre 2017 et d'aide-concierge auprès de la société T. \_\_\_\_\_ Sàrl du 25 au 29 septembre 2017 (rapports des 21 septembre et 12 octobre 2017). Le 6 septembre 2017, le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant, a mis l'assuré en arrêt de travail à 50 % du 6 au 24 septembre 2017.

Le 4 octobre 2017, l'office AI a indiqué à l'assuré qu'il envisageait de supprimer son droit à une rente d'invalidité. Le 13 novembre 2017, l'office AI a, en se fondant sur un degré d'invalidité de 13 %, supprimé le droit de A. \_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

B. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement à ce qu'une rente entière d'invalidité continue à lui être octroyée et à ce que la cause soit renvoyée à l'office AI pour le calcul notamment du montant de la rente et des arriérés, y compris les intérêts moratoires. Subsidièrement, il conclut au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recours est assorti d'une demande d'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 31 janvier 2018, l'office AI conclut au rejet du recours.

Le 9 mars 2018, la Caisse inter-entreprises de prévoyance professionnelle (CIEPP) se rapporte à dire de justice.

Le 26 juin 2018, l'assuré produit un certificat médical établi par le Dr U. \_\_\_\_\_, faisant état d'une incapacité de travail de 100 % du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> juillet 2018 («raison: Maladie»).

Le 13 février 2019, Me Benoît Sansonnens remet sa liste de frais, puis dépose une écriture complémentaire le 19 septembre 2019.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **en droit**

1.  
Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.  
2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Selon 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité; art. 16 LPGA).

2.2. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320).

Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

2.3. 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 (al. 1); de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 141 V 281 consid. 3.7.3; 136 V 279 consid. 3.2.1).

En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

3.

Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité à la suite d'une révision. Il s'agit singulièrement d'examiner le point de savoir si le degré d'invalidité du recourant a subi une modification significative entre les décisions rendues par l'office AI en 2011 et celle du 13 novembre 2017 (art. 17 al. 1 LPGA).

3.1. En se fondant sur l'avis du médecin de son SMR, l'office AI a retenu dans les décisions des 31 mars et 16 novembre 2011 que la capacité de travail du recourant était nulle depuis plusieurs

années (2009 au moins) en raison principalement d'un syndrome de dépendance à l'alcool (alcoolisations massives). Dans un avis établi le 25 novembre 2010, le médecin du SMR avait en particulier mis en évidence que l'assuré souffrait d'une hépatopathie alcoolique depuis avril 2008, d'un syndrome radiculaire et d'une fracture de la rotule depuis 2010. Il s'agissait selon le médecin d'atteintes à la santé sévères et irréversibles (avec un pronostic réservé).

Aussi, la Cour retient que le recourant était connu en 2011 pour des alcoolisations massives, qui le mettaient en danger (par exemple, chute sur la voie publique à proximité immédiate d'une voie ferroviaire) et influaient de manière importante sur son état physique (cf. p. ex. avis du Dr H. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2010) et sa capacité de travail (avis du médecin du SMR du 25 novembre 2010); il présentait à l'époque une capacité de travail nulle dans toute activité professionnelle.

3.2. En 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant avait poursuivi une abstinence de toute consommation d'alcool depuis fin 2011, à la suite d'un sevrage médicalement contrôlé, avec une évolution réjouissante. Le médecin a décrit l'évolution de l'assuré de la manière suivante: «Situation médicale somatique et psychique très problématique jusqu'à la dernière hospitalisation à D. \_\_\_\_\_ en novembre 2011. Depuis sa sortie, j'assiste à une évolution réjouissante car le patient ne consomme plus d'alcool, avec amélioration globale de son état de santé. Il reste 'chétif', avec lombalgies récidivantes et une claudication intermittente limitative. Son abstinence reste toutefois fragile. Je suis d'avis qu'une modification de [sa] situation AI est prématurée, avec risque de compromettre tous les efforts que le patient fait» (avis du 12 mai 2014).

Dans la mesure où il n'était pas établi que l'amélioration de l'état de santé mentionnée par le Dr G. \_\_\_\_\_ eût des répercussions (favorables) sur la capacité de travail du recourant, ce que le médecin contestait, l'office AI a demandé via la plateforme informatique SuisseMED@P la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Lors des examens menés par les médecins de K. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il avait arrêté complètement de boire de l'alcool «depuis quatre ans» et ajouté qu'il avait récupéré son permis de conduire «depuis deux ans». Au terme de leur examen, les médecins ont conclu que le syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent depuis fin 2011, n'avait plus aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant et n'entraînait aucune diminution fonctionnelle d'ordre psychiatrique. Le stage d'orientation professionnelle, qui s'est déroulé du 6 juin au 8 octobre 2017, a ensuite confirmé que le recourant présentait un comportement adéquat et adapté à une situation professionnelle et qu'il pouvait travailler à un taux d'occupation (à définir) dans une activité adaptée.

3.3. Partant, la Cour retient que les médecins intervenus depuis 2014 ont convergé vers le constat que le recourant souffrait principalement d'un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent. Il s'agit d'une amélioration significative de l'état de santé du recourant et qui s'est maintenue pendant plusieurs années (depuis fin 2011). Ces éléments sont propres à modifier le degré d'invalidité du recourant (art. 17 al. 1 LPGA et art. 88a RAI), étant rappelé qu'une vraisemblance suffit à ce stade. Ainsi, l'autorité intimée était fondée à procéder à une révision.

4.

En ce qui concerne la répercussion des atteintes à la santé sur sa capacité de travail, A. \_\_\_\_\_ se limite à contester dans son recours, de manière générale, les conclusions des médecins de K. \_\_\_\_\_, mais n'apporte aucun élément (médical ou autre) qui serait de nature à mettre en cause les conclusions médicales suivies par l'office intimé.

4.1. On rappellera tout d'abord qu'il appartient au juge des assurances sociales d'examiner librement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Il revient cependant avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé (en particulier d'un syndrome de dépendance à l'alcool) et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Aussi, les données médicales l'emportent en règle générale sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Contrairement à ce que le recourant affirme, il ne s'agit par ailleurs pas d'une «dictature de l'expertise». Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt TF 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références).

4.2. L'expertise des médecins de K. \_\_\_\_\_ répond en l'espèce aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Les experts se sont en particulier fondés sur des examens complets, en pleine connaissance du dossier, et ont pris en considération les plaintes du recourant. L'appréciation médicale est des plus claire, exempte de contradiction et concorde avec les données cliniques versées au dossier.

4.2.1. Sur le plan de la médecine interne générale, il ressort de l'expertise de K. \_\_\_\_\_ que le recourant présente des périodes de tachyarythmie cardiaque, ressenties, correspondant à des périodes de fibrillation auriculaire, un souffle artériel à l'artère fémorale gauche, de l'eczéma aux membres inférieurs et aux épaules, ainsi que des picotements au bout des doigts au froid, surtout à la main gauche (disparaissant dès qu'il est au chaud). Les médecins de K. \_\_\_\_\_ ont ajouté que les examens complémentaires en cardiologie réalisés par le Dr P. \_\_\_\_\_ n'avaient révélé aucune symptomatologie cardiaque (pas de suspicion, de cardiopathie structurale ou de cardiopathie ischémique). Quant aux examens complémentaires d'angiologie, la Cour constate que le Dr O. \_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant présentait une artériopathie obstructive des membres inférieurs de stade IIa à prédominance droite (sténoses serrées au niveau de l'artère fémorale superficielle droite et sténose modérée au niveau de l'artère fémorale superficielle gauche) ; les valeurs de pression au niveau des gros orteils étaient largement au-dessus du seuil d'ischémie critique. Après avoir discuté avec son patient, le médecin avait par ailleurs opté pour un traitement conservateur (poursuite du traitement d'aspirine cardio et contrôle régulier des facteurs de risque cardio-vasculaire) car A. \_\_\_\_\_ était «relativement peu gêné» pour l'instant. Il s'ensuit que les médecins de K. \_\_\_\_\_ ont diagnostiqué de manière convaincante – avec répercussion sur la capacité de travail – une artériopathie obstructive périphérique (bilatérale) des membres inférieurs (de stade IIa), à prédominance droite (avec absence d'ischémie critique ; duplex artériel du 6 avril 2016 - sténose serrée de l'artère fémorale superficielle des deux côtés, à prédominance droite).

Lors du stage d'observation professionnelle, le recourant n'a pas montré de difficultés particulières d'un point de vue de la médecine interne générale. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des médecins de K. \_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant pourrait du point de vue

de la médecine interne générale travailler à 100 % dans une activité adaptée (sans port de charges de plus de dix kilos et sans exposition au froid).

On ajoutera que, pour des motifs angiologiques (fumeur depuis l'adolescence), le recourant doit se réentraîner à la marche.

4.2.2. Sur le plan rhumatologique, le recourant se plaignait essentiellement lors des examens à K. \_\_\_\_\_ de lombalgies basses, ainsi que de douleurs aux deux genoux et au bassin; la main gauche (status après amputation traumatique partielle de l'index) ne lui posait en revanche pas de problème particulier hormis des douleurs très fugaces. S'agissant de plus de la restriction du périmètre de marche indiquée par l'assuré, les médecins de K. \_\_\_\_\_ ont relevé que l'examen clinique des genoux était dans les limites de la norme et que le rachis lombaire montrait une discrète restriction de mobilité (sans atteinte radiculaire associée). A l'examen des radiographies, ils ont constaté que les images des genoux étaient normales, tandis que celles du rachis montraient une arthrose modérée, une ostéopénie (indication pour une minéralométrie au vu de nombreux fractures de risque d'ostéoporose) et de possibles tassements vertébraux anciens. Dans ces circonstances, les médecins ont indiqué qu'ils peinaient à expliquer par des éléments objectifs les douleurs dorso-lombaires intenses décrites par le recourant dès qu'il entreprenait une activité physique, même légère. En l'état, les médecins de K. \_\_\_\_\_ ont indiqué que les dorsolombalgies (chroniques communes) n'avaient par conséquent pas de caractère incapacitant. Ils ont cependant recommandé à l'assuré de suivre une physiothérapie de réentraînement musculaire global une physiothérapie active afin d'obtenir une meilleure endurance et une diminution progressive des douleurs du rachis.

Lors du stage d'observation professionnelle, le directeur du COPAI n'a pas mis en évidence d'éléments susceptibles de mettre en cause les conclusions des médecins de K. \_\_\_\_\_. Il a en particulier confirmé que le recourant manquait d'endurance, qu'il peinait à supporter un effort physique prolongé (semblait s'épuiser au fil des heures), qu'il rencontrait des difficultés au niveau du maintien de sa position (debout, assis, statique), qu'il avait besoin de marcher régulièrement et qu'il manquait de dextérité et de sensibilité, principalement à sa main gauche (accidentée).

4.2.3. Sur le plan psychique, les médecins de K. \_\_\_\_\_ ont indiqué que le recourant n'avait pas de plaintes particulières (à l'exception de la perte de sa libido) et qu'il présentait vraisemblablement quelques traits de personnalité dépendante. L'examen psychiatrique était dans les limites de la norme (aucun signe de la lignée dépressive ou anxieuse), faisant apparaître un assuré plutôt dynamique, motivé, sociable, d'un bon contact relationnel et qui avait poursuivi une abstinence de toute consommation d'alcool. Partant, d'un point de vue psychique, les médecins de K. \_\_\_\_\_ ont retenu un syndrome (secondaire aux facteurs de stress apparus en 1998) de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent depuis fin 2011, sans répercussion sur sa capacité de travail.

Lors du stage d'orientation professionnelle, le directeur du COPAI a confirmé que le recourant présentait un comportement adéquat et adapté à une situation professionnelle.

4.2.4. Finalement, le recourant a produit un unique certificat médical établi par le Dr U. \_\_\_\_\_ le 4 juin 2018. Ce document, qui se limite à mentionner un arrêt de travail pour cause de «maladie» (du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> juillet 2018), se rapporte à des faits postérieurs à la décision attaquée et ne comporte aucune mention d'une atteinte à la santé incapacitante antérieure. Il ne peut dès lors être pris en considération (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; arrêt TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3).



4.2.5. Au vu des éléments qui précèdent, les considérations des experts de K. \_\_\_\_\_ et du directeur de COPAI ne s'avèrent pas contradictoires. Il s'agit simplement de l'appréciation, différente, exprimée par rapport à des limitations fonctionnelles largement identiques. Le directeur du COPAI s'est essentiellement fondé sur la manière dont l'assuré ressentait et assumait ses facultés de travail (mi-temps, avec une diminution de rendement de 30 %), alors que les experts de K. \_\_\_\_\_ ont établi la mesure de ce qui était raisonnablement exigible d'un point de vue médical le plus objectivement possible. Il s'ensuit que la Cour retient que les renseignements médicaux sur lesquels s'est appuyé l'office AI, en particulier les conclusions des médecins de K. \_\_\_\_\_, sont complets et permettent de statuer en toute connaissance de cause sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans ces conditions, il est superflu d'ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale ou d'autres mesures d'instruction, si bien que les requêtes formulées par le recourant en ce sens doivent être rejetées.

On ne saurait ainsi reprocher à l'office AI d'avoir suivi les conclusions de l'expertise de K. \_\_\_\_\_, étant rappelé que les facteurs psycho-sociaux ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et ne peuvent justifier une incapacité de travail (arrêt TF 9C\_700/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.2.4.3 et la référence). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins de K. \_\_\_\_\_, le recourant présente par conséquent une capacité de travail entière, sans perte de rendement.

## 5.

5.1. Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

5.2. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. 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 (ESS) (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

5.3. En l'occurrence, le recourant ne soulève aucun grief contre les éléments qui fondent la détermination des revenus avec et sans invalidité, si bien qu'ils seront confirmés. L'office AI a tout d'abord fixé le revenu annuel (brut) sans invalidité à CHF 76'631.10 sur la base du dernier salaire réalisé par le recourant comme réviseur de citernes (après indexation). S'agissant du revenu avec invalidité, il s'est référé au salaire annuel moyen (brut) d'un ouvrier de la production industrielle légère de CHF 66'718.80 résultant de l'ESS 2014 (pour les détails, voir la décision attaquée).

Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 13 % (12.94 %), ce qui ne lui donne plus droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

On ajoutera que la prise en compte d'un abattement de 20 % ne changerait rien à la situation du recourant (degré d'invalidité de 30 %).

6.

Il n'est finalement pas contesté que le recourant appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer, selon la jurisprudence (arrêts TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4; 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références), qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail en raison de leur âge (plus de 55 ans) ou de la durée du versement de la rente (plus de 15 ans; arrêt TF 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5). L'office AI a dès lors mis le recourant au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle pendant quatre mois (du 6 juin au 8 octobre 2017), qui ont révélé qu'il présentait – malgré un éloignement du marché du travail de plusieurs années – un comportement adapté à une situation professionnelle. Le recourant a d'ailleurs concrètement travaillé auprès des sociétés S.\_\_\_\_\_ (du 21 août au 15 septembre 2017) et T.\_\_\_\_\_ Sàrl (du 25 au 29 septembre 2017), démontrant à ces occasions de simples difficultés de finesse dans ses gestes (vraisemblablement perfectibles après une correction de ses verres optiques), de sensibilité et un manque d'endurance pour des motifs qui ne ressortent pas de l'examen de l'assurance-invalidité.

7.

Ensuite des considérations qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

7.1. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe.

7.2. Le recourant a cependant requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale.

7.2.1. Selon l'art. 61 let. f 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).

7.2.2. S'agissant de la première condition, le recourant ne dispose pas d'autre revenu que la rente de l'assurance-invalidité, dont la suppression est confirmée, et de prestations complémentaires. Selon le budget établi par son curateur, auquel on peut renvoyer, le recourant dispose d'un disponible de CHF 77.20 par mois, soit des ressources largement insuffisantes pour supporter les frais de la procédure et de son avocat sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Le recours ne semblait par ailleurs pas d'emblée dénué de toute chance de succès.

Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 303) est admise et que Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné comme défenseur d'office. Les frais de procédure ne sont dès lors pas prélevés en l'état, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée.

7.2.3. Conformément aux art. 142 ss CPJA et à l'art. 12 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), et sur la base de la liste de frais déposée le 13 février 2019 par le mandataire, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit à CHF 1'895.50 (CHF 1'266.85 pour l'année 2017 [6 heures 31 minutes x 180 CHF/heure, TVA de 8 %], CHF 316.65 pour les années 2018 et 2019 [98 minutes x 180 CHF/heure, TVA de 7.7 %] et CHF 312.- de débours), mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. Il est tenu compte de sept minutes pour la correspondance du 19 septembre 2019, qui est intervenue après la production de la liste de frais.

Le recourant est rendu attentif au fait que s'il revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Une copie du dispositif et du présent considérant est transmise, en copie, au Service de la justice (art. 145b al. 4 CPJA).

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours (608 2017 302) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 303) est admise et Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné comme défenseur d'office.
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée.
- IV. L'indemnité totale allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'895.50 (soit CHF 1'467.- d'indemnité, CHF 312.- de débours et CHF 116.50 de TVA) et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.
- V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du recourant 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 8 octobre 2019/obl

Le Président :

La Greffière-stagiaire :