



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2019 240
608 2019 241

Arrêt du 10 novembre 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Charles Navarro, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité; droit à la rente

Recours (608 2019 240) du 10 septembre 2019 contre la décision du
12 août 2019; demande (608 2019 241) d'assistance judiciaire du
même jour

considérant en fait

A. A. _____, né en 1964, originaire de B. _____, domicilié à C. _____, divorcé et père de deux enfants majeurs, sans formation, travaillait en dernier lieu en tant que ferrailleur pour le compte d'une société active dans le secteur de la construction. Il a alterné auparavant des périodes d'emploi et de chômage.

Le 20 décembre 2004, il a déposé une première demande de prestation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) sans expliciter son atteinte à la santé. Il sera ensuite précisé qu'il s'agit de troubles d'ordre rhumatologiques, notamment des cervico-scapulalgies et lombo-sciatalgies. Il se plaindra également d'atteintes psychiques ainsi que de troubles de l'audition.

Par décision du 4 janvier 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par son assuré, se fondant sur un degré d'invalidité de 8%.

B. Par la suite, par communication du 8 juillet 2008, l'OAI a pris en charge les coûts de l'adaptation infructueuse d'appareils acoustiques, l'assuré ayant interrompu les essais auprès de l'audioprothésiste.

Par décision du 22 mai 2009, l'OAI n'est pas entré en matière sur une deuxième demande de rente déposée le 25 mars 2009. Le 7 décembre 2009, il a liquidé administrativement une demande de prise en charge d'appareils auditifs également déposée le 25 mars 2009, l'assuré ayant à nouveau interrompu les essais.

Par décision du 4 juin 2013, l'OAI s'est encore refusé à entrer en matière sur une troisième demande de prestations déposée le 6 mars 2013. Le 27 février 2014, il a liquidé à nouveau la demande de prise en charge d'appareils auditifs déposée le 25 mars 2009 et réactivée en février 2013, l'assuré ayant encore interrompu les essais.

C. Le 18 février 2016, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'une "*chute qui a causé des problèmes de dos et de bassin*" le 11 décembre 2015 et de "*problème[s] de cœur*".

L'OAI a mis en œuvre une mesure auprès de D. _____ du 3 octobre au 31 décembre 2017. Cette mesure a toutefois été interrompue le 23 octobre 2017, une incapacité de travail totale ayant été médicalement attestée. Il a également diligenté une expertise bidisciplinaire auprès du Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale, et du Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de G. _____. Dans leurs différents rapports datés du 13 novembre et janvier 2016, il est capable de travailler à temps plein et sans perte de rendement dans une activité adaptée depuis juillet 2017.

Par décision du 16 juillet 2019, reprenant un projet du 21 décembre 2018, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2016 au 31 octobre 2017.

D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Navarro, avocat, interjette recours (608 2019 240) devant le Tribunal cantonal le 10 septembre 2019, requérant la possibilité de compléter son mémoire et concluant, en substance, avec suite de frais et dépens, au maintien de sa rente au-delà du 31 octobre 2017.

A l'appui de son recours, il se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu sous plusieurs angles. Il se plaint de ne pas s'être vu remettre une copie de son dossier suite à sa demande déposée une semaine plus tôt. Il affirme ensuite que la décision est insuffisamment motivée, en n'explicitant pas les troubles pris en compte et en ne détaillant pas le type de poste auquel il pourrait prétendre. Il conteste ensuite le fait que l'autorité se soit basée sur l'enquête suisse sur la structure des salaires, estimant que cela n'est pas conforme à la jurisprudence relative aux descriptions de postes de travail (DPT) et que cela ne renvoie à aucune formation ni à aucun métier identifiable. Il regrette encore que l'appréciation de sa capacité de travail ne tienne ni compte de la combinaison de ses troubles à la santé entre eux ni de sa situation personnelle qui démontre son incapacité à assumer une formation en vue d'une reconversion professionnelle. Il estime que, *"ne serait-ce qu'en raison de la longue durée de son inactivité"*, il n'est en mesure de travailler qu'à un taux de 50%, que le salaire statistique y relatif devrait être réduit de 25% compte tenu de son faible niveau de formation, de son âge, de ses difficultés linguistiques à l'oral comme à l'écrit et de son incapacité à utiliser l'informatique. Sur cette base, il se prévaut d'un *"préjudice économique de l'ordre de 37%"*, comparant un revenu de valide de CHF 66'462.- à un revenu d'invalidé de CHF 24'168.-.

Parallèlement à son recours, l'assuré demande (cause 608 2019 241) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Charles Navarro lui soit désigné défenseur d'office.

Dans ses observations du 19 septembre 2019, l'OAI propose le rejet du recours. Informant avoir transmis le dossier du recourant à son mandataire le 9 septembre 2019, il se réfère, pour le surplus, aux pièces du dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision.

Le recourant a déposé des interventions spontanées les 27 septembre 2019, 2 juin 2020 et 17 août 2020, maintenant ses conclusions et détaillant ses griefs. Appelé en cause en qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, H. _____ SA a précisé que le recourant n'a jamais été assuré auprès d'elle

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

Dans un premier grief, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où l'OAI lui aurait tardivement transmis son dossier et aurait insuffisamment motivé sa décision.

2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst., RS 101), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêts TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1).

S'agissant d'abord du droit de consulter le dossier, celui-ci s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier. Il garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2; 129 I 85 consid. 4.1; 125 II 473 consid. 4c/cc; 121 I 225 consid. 2a). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e).

S'agissant ensuite du devoir de motiver une décision, celui-ci est déduit du droit d'être entendu afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a).

2.2. En l'occurrence, le recourant se plaint d'abord de n'avoir obtenu son dossier que le 11 septembre 2019, ce qui l'a maintenu dans l'ignorance du contenu de ce dernier et empêché de motiver son mémoire de recours.

Il ressort du dossier que le mandataire du recourant a déposé une demande écrite tendant à la consultation de son dossier, en main propre à l'OAI, le mardi 3 septembre 2019. Dans sa requête, il indiquait, en particulier, que, *"compte tenu du délai de recours pendant, une réponse à votre plus proche convenance [l']obligerait grandement"*. Le mandataire a également transmis une procuration signée de son mandant et datée du même jour. Après avoir reçu cette requête, l'OAI y a donné suite en transmettant un CD-ROM, contenant copie de l'ensemble du dossier, et le mot de

passe nécessaire le lundi 9 septembre 2019. Ces documents ont été reçus le 11 septembre 2019 par le mandataire du recourant, à savoir la date à laquelle celui-ci a interjeté recours devant le Tribunal cantonal.

L'on précise, à ce stade, que le délai de recours échoyait le lundi 16 septembre 2019, la décision ayant été notifiée le 12 août 2020 selon les dires du recourant (art. 27 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1).

L'OAI a donc transmis une copie du dossier à l'assuré quatre jours ouvrables après que celui-ci l'ait demandé. Certes, ce délai ne saurait être qualifié de rapide. Cependant, compte tenu de ce qui précède, ce délai ne saurait, pour autant, constituer une violation du droit d'être entendu. Cela l'est d'autant moins que la formulation du courrier du 3 septembre 2019 laissait une certaine marge de manœuvre à l'OAI, lequel était invité à transmettre le dossier à sa *"plus proche convenance"*.

Selon les propres déclarations du mandataire, la copie du dossier a été reçue par celui-ci trois jours ouvrables avant l'échéance du délai de recours. Si l'on peut admettre qu'un délai de trois jours pour prendre connaissance d'un dossier de 750 pages et rédiger un mémoire est court, le laps de temps subsistant ne peut être que partiellement imputé à l'OAI. Il était surtout de la responsabilité de l'assuré, respectivement de son mandataire, de demander la production du dossier plus tôt, de manière à pouvoir garantir ses droits, cela d'autant plus que le sort de sa demande lui avait déjà été communiqué sous la forme du préavis.

Quoi qu'il en soit, le fait de n'avoir transmis le dossier que le 11 septembre 2019 ne saurait être considéré comme problématique. Il n'a pas empêché l'assuré de déposer un recours motivé dans les délais devant le Tribunal cantonal, recours qu'il a eu tout loisir de compléter ultérieurement. L'on relève, à cet égard, que, dans ses interventions ultérieures, le mandataire n'a complété que marginalement ses allégués et n'a pas modifié ses conclusions. L'on constate également que l'assuré s'était déjà vu transmettre une copie de son dossier dans le cadre de ses objections au projet de décision (dossier OAI, p. 716, 718 et 720). Manifestement, l'on n'est pas en présence d'une violation du droit d'être entendu.

2.3. Le recourant se plaint ensuite d'une motivation insuffisante de la décision contestée, dans la mesure où celle-ci *"ne motive pas, ne serait-ce que de manière sommaire, les affections de la santé [...] pris[es] en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail"* ni ne *"détaille aucunement le type de postes auxquels [il] pourrait prétendre à pleine capacité de travail"*.

Cependant, la décision ici contestée mentionne brièvement les motifs ayant guidé l'OAI et sur lesquels il a fondé sa décision. En particulier, il renvoie explicitement aux conclusions des experts, indiquant ce qui suit: *"Le rapport d'expertise de G._____ satisfait aux critères formels de qualité requis d'une expertise médicale. Sur le fond médical, les diagnostics attestés sont concordants avec les données cliniques rapportées et conformes aux critères d'une classification internationale reconnue. Les limitations fonctionnelles décrites sont cohérentes avec les affections objectivées. La capacité de travail fixée par les experts est cohérente avec les atteintes à la santé objectives et conforme aux critères de la médecine des assurances"*. Il explique également les motifs le conduisant à écarter les rapports des autres médecins, se référant à la casuistique, selon laquelle *"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"*. Enfin, l'OAI précise enfin dans quelle mesure et dans quel type d'activités il estime son assuré encore en mesure de travailler.

Ainsi, dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée a été respecté.

2.4. Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, l'on ne constate pas dans ce dossier l'existence d'une violation du droit d'être entendu.

Il convient dès lors d'entrer sur le fond du litige, à savoir le droit à la rente.

3.

3.1. 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.

3.2. 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.

4.

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

Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

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

4.2. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de

l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

5.

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

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

5.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

5.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

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

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

6.

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'assuré doit se voir reconnaître le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée plus longue que celle consentie par l'autorité intimée. Dans le contexte d'une nouvelle demande, il convient dès lors d'examiner dans un premier temps l'évolution de l'état de santé de l'assuré ainsi que son impact sur sa capacité de travail.

Il est partant nécessaire de rappeler les motifs ayant conduit l'OAI à rejeter la première demande de prestations par décision du 4 janvier 2006. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

L'OAI avait alors considéré que l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère pour du conditionnement de pièces légères, de l'usinage ou du polissage par exemple, à 100 %.

Il se fondait alors sur l'appréciation de la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional (SMR). Dans un rapport du 20 septembre 2005, celle-ci admettait que l'assuré n'était plus en mesure de travailler comme maçon ou ferrailleur. Cependant, elle estimait qu'il était en mesure de travailler à temps plein dans une activité permettant des positions alternées debout/assise par cycles de 3 h, sans mouvements répétitifs du dos, avec un port de charges limité à 10 kg ainsi que sans travail en hauteur, sur sol inégal ou au froid (dossier OAI, p. 106). La docteure renvoyait expressément à l'avis du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel retenait une capacité de travail entière dans une activité sans port de charges lourdes (rapport du 11 avril 2005, dossier OAI, p. 50).

A ce stade, l'on précise que cette appréciation était partagée par les autres médecins interrogés à l'époque. Ainsi, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, estimait que son patient était en

mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée (dossier OAI, p. 17). Pour sa part, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, indiquait que, *"dans une activité permettant une alternance des positions assis-debout, évitant le port de charges de plus de 10 kg et les mouvements répétitifs du rachis cervical ou lombaire, la capacité de travail devrait être de 100% si on respecte une pause de 15 minutes après 2 heures et une pause d'une heure après 4 heures"* (rapport du 25 mai 2005, dossier OAI, p. 89).

7.

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué au point d'impacter sa capacité de gain. La Cour examinera dans un premier temps cette évolution sous l'angle des atteintes psychiques.

L'on rappelle que la nouvelle demande du 18 février 2016 était déposée en lien avec des problèmes somatiques. Cependant, l'assuré a été hospitalisé pour des motifs psychiques auprès de M._____, une première fois du 25 octobre au 10 novembre 2017 et une seconde fois du 14 au 18 mai 2018.

7.1. Sur ce plan, l'OAI a mandaté le Dr F._____, de G._____, pour expertise. Dans son rapport du 13 novembre 2018, celui-ci retient les diagnostics d'*"épisode dépressif probablement récurrent, actuellement en rémission (F33.4)"*, de *"trouble somatoforme indifférencié (F45.1)"*, d'*"accentuation de certains traits de personnalité, ici sous forme de défenses caractérielles (Z73.1)"*, d'*"échec de la réponse génitale (F52.2)"* et de *"difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0)"*. Selon lui, ces diagnostics ne sont plus invalidants. Il indique ainsi que, *"en ce qui concerne le passé, il est très difficile, voire impossible de se déterminer avec précision. Néanmoins, on peut retenir que, très probablement, la situation sur le plan psychique est revenue à la normale trois mois après l'hospitalisation"*, à savoir à partir de la mi-février 2018 (dossier OAI, p. 620; cf. ég. dossier OAI, p. 491).

Les réflexions de l'expert se fondent sur l'étude du dossier asséculogique, laquelle lui a permis d'avoir une pleine connaissance de la situation non seulement médicale mais également sociale et familiale du patient. L'expert a également eu un entretien d'une heure et demie avec l'assuré le 27 septembre 2018. A cette occasion, celui-ci a été en mesure de décrire *"ses nombreuses atteintes somatiques"*, ses difficultés d'ordre conjugale en 2016 ainsi qu'un conflit avec les services sociaux. Il a également été en mesure de préciser l'impact de ses troubles psychiques sur son fonctionnement, notamment l'amélioration de son humeur lorsqu'il prend de l'escitalopram. L'expert a pu, pour sa part, procéder à un examen complet de sa personne, notamment par le biais de ses observations, de l'anamnèse (libre et orientée) et d'un dosage sérique confirmant que l'assuré est compliant.

Les conclusions de l'expert – tant sur le plan diagnostic que s'agissant de la capacité de travail – sont suffisamment détaillées et tiennent compte des critères d'évaluation des troubles psychiques fixés par la jurisprudence. En outre, par le biais d'une discussion consensuelle avec l'expert en médecine interne, le Dr E._____, dont les conclusions figurent dans un rapport séparé, l'expert-psychiatre a été en mesure de prendre en compte l'incidence des troubles somatiques sur les troubles psychiques ainsi que leurs interdépendances.

Par exemple, l'expert exclut l'existence d'un trouble de la personnalité en tenant compte du parcours de l'assuré, estimant que le *"côté atypique de cet homme n'est pas à confondre avec un"*

trouble de personnalité". Il constate en revanche que la situation a basculé au moment où la conflictualité de couple était devenue explicite et nette mais qu'aujourd'hui l'assuré semble être entré dans le deuil de cette relation. Il estime que le gros de l'évolution actuelle est déterminé par des facteurs sociaux, à savoir extramédicaux. Il souligne ainsi qu'il *"s'agit d'un homme qui s'est construit à travers de nombreuses difficultés dans sa vie, qui avait des périodes de linéarité dans sa vie, mais qui a été momentanément dépassé par les conflits et ses ressources adaptatives. Ainsi l'on peut expliquer la décompensation avec hospitalisation en milieu psychiatrique. Entre temps, il y a eu une certaine évolution et une stabilisation est intervenue"*. Constatant que seule une partie des douleurs a un substrat organique, il retient le diagnostic de trouble somatoforme, une grande partie des douleurs étant *"subjectivement surinvestie, amenée avec beaucoup d'intensité et de majoration"*.

L'on constate que l'expert-psychiatre ne donne pas une origine claire à ces troubles psychiques, étant précisé que le rapport consensuel retient, de manière indifférenciée, la date de janvier 2016 comme début de l'incapacité de travail. Il soutient néanmoins que *"la situation de cet assuré a basculé au moment où la conflictualité de couple était devenue explicite et nette"*. Dans le même temps, il précise que *"les difficultés avec son épouse [...] ont commencé environ en 2016"* et que *"le couple parental connaît des difficultés progressives à partir de 2016"*. Aux psychiatres de M. _____, le recourant avait souligné que ses problèmes de couple s'étaient considérablement aggravés en 2016, lorsqu'il a dû arrêter le travail et que son état psychique a commencé à se péjorer (dossier OAI, p. 664). Pour sa part, son médecin traitant, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, fait remonter l'incapacité de travail à janvier 2016 (dossier OAI, p. 501). Les troubles psychiques semblent donc s'être aggravés au début de l'année 2016, date à partir de laquelle il faut faire remonter l'incapacité de travail totale.

Cependant, s'agissant de la fin de cette dernière, il existe une différence entre les conclusions individuelles de l'expert-psychiatre et les conclusions consensuelles des experts, le premier se référant au mois de février 2018 alors que les secondes retiennent le mois de juillet 2017. Cette différence est manifestement liée à une inadvertance. En effet, l'expert-psychiatre est formel dans le volet psychiatrique de l'expertise, s'attachant à décrire un événement précis – une hospitalisation du 25 octobre au 10 novembre 2017 – au terme de laquelle une amélioration de l'état de santé a pu être relevée dès février 2018 (cf. ég. consid. 7.2 ci-après). C'est dès lors cette dernière date qui doit être prise en compte.

Il ressort de ce qui précède que l'expertise psychiatrique rendue par le Dr F. _____ remplit l'ensemble des critères pour lui reconnaître force probante.

7.2. La Cour constate que l'assuré a été hospitalisé à deux reprises auprès de M. _____ du 25 octobre au 10 novembre 2017 et du 14 au 18 mai 2018, soit, pour le second séjour, après l'examen par l'expert-psychiatre. Il est également suivi par le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis novembre 2014.

Les médecins de M. _____, le Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la Dre P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr Q. _____, généraliste, retiennent essentiellement les diagnostics psychiatriques de *"trouble dépressif récurrent"* (F33.1 ou F33.2), de *"douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques"* (F45.41) et de *"troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (traits narcissiques, impulsifs, passif agressif)"* (F61). Ils estiment que ces différentes atteintes empêchent leur patient de travailler (dossier OAI, p. 491, 573, 664 et 680; cf. ég. p. 670). Pour sa part, dans son rapport

du 10 décembre 2017, le Dr N._____ retient des diagnostics semblables aux médecins de M._____. Sans expliciter ses constats médicaux et son raisonnement, il affirme que son patient n'est plus en mesure de travailler (dossier OAI, p. 501; cf. ég. p. 588).

L'on remarque d'emblée qu'il existe une différence d'appréciation entre les psychiatres traitants et le Dr F._____. En effet, les premiers retiennent l'existence d'un trouble de la personnalité ainsi qu'une incapacité durable de travailler alors que l'expert écarte expressément l'existence d'un tel trouble et estime que l'assuré est au contraire en mesure de reprendre l'exercice d'une activité à temps plein.

Le seul rapport transmis par le Dr N._____ est excessivement sommaire, s'approchant plus d'un simple certificat que d'un rapport. Il ne saurait, de ce fait, permettre à la Cour de statuer. Néanmoins, le psychiatre semble adopter la même approche que les psychiatres de M._____, en retenant par exemple des diagnostics identiques. Or, les constats de ces derniers et du Dr F._____ sont proches, avec un status médical globalement "normal", mis à part une perte d'élan vital, une certaine tristesse, une perte d'espoir, une anxiété psychique éprouvée et une propension à se plaindre. A l'instar de l'expert-psychiatre, les psychiatres de M._____ mettent en lien l'évolution des troubles psychiques avec les conflits de l'assuré avec son épouse, soulignant par exemple que, *"durant les entretiens [l'assuré] exprime toujours un mal-être vis-à-vis de ses problèmes de santé physique et de ses problèmes de couple"*. Lors de la seconde hospitalisation, ils précisent même que *"le matin de son hospitalisation, le patient se serait violemment disputé avec sa femme pour des factures non payées, ce qui aurait provoqué chez lui une immense colère et une envie de passage à l'acte hétéro-agressif, motif pour lequel il fait appel à la police"*.

Il ressort de ce qui précède que c'est essentiellement l'appréciation de la situation – et non les constats objectifs – qui diffère entre les médecins traitants et l'expert-psychiatre. Or, la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient et qui impose d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail faite par le médecin traitant. L'on ne doit, dans ce contexte, pas ignorer également l'incidence non négligeable de facteurs extra-médicaux, ici en particulier les difficultés d'ordre matrimonial. Or, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI (cf. not. ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

Au demeurant, la comparaison des rapports de M._____ établis lors de la première et de la seconde hospitalisations permet de mettre en évidence une certaine amélioration de l'état de santé. Outre un second séjour bien plus court, une telle différence peut, par exemple, être relevée dans les *"constats médicaux"*: alors que lors du premier séjour on évoque un *"patient collaborant au début mais très vite s'est montré irritable avec l'équipe soignante"* et qui *"ne respecte pas le cadre hospitalier"*, on mentionne que ce *"patient a pu profiter du cadre hospitalier pour faire baisser sa colère"* même s'il *"reste fragile avec un seuil bas de tolérance aux frustrations"* à la fin du second séjour. De même, si lors du premier séjour il exprimait *"des idéations suicidaires"*, les médecins mentionnent que l'assuré est *"distant de toutes idées suicidaires"* à l'issue du second séjour. A ce moment-là, s'ils estiment que leur patient n'est pas *"encore apte à une reprise d'une activité professionnelle"*, ils précisent en même temps ne pas avoir *"eu le recul nécessaire pendant cette hospitalisation brève pour évaluer l'aptitude au travail de ce patient"*. Ils n'excluent, par ailleurs, pas une telle reprise à terme.

Dans ces circonstances, ces autres rapports figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du Dr F._____.

7.3. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour retient donc que l'assuré n'était plus en mesure de travailler pour des motifs psychiques de janvier 2016 à fin février 2018. Passé cette date, une pleine capacité de travail doit lui être reconnue de ce point de vue.

8.

Compte tenu de ce qui précède, il convient désormais d'examiner la situation sous l'angle somatique.

L'on rappelle, à ce stade, que l'assuré avait déposé sa nouvelle demande d'abord en lien avec des *"problèmes de cœur"*, lesquels l'avaient conduit à être hospitalisé le 24 janvier 2014. Il se prévalait également d'avoir subi une chute ayant *"causé des problèmes de dos et de bassin"*. Le 14 décembre 2015, alors qu'il transportait un lot de ferraille, il avait glissé et fait une chute, tombant sur le côté gauche.

8.1. Sur ce point, l'OAI se fonde sur les conclusions du Dr E._____, également de G._____, qu'il a mandaté pour une expertise en médecine interne générale.

Dans son rapport du 13 novembre 2018, l'expert en médecine interne retient les diagnostics de *"syndrome métabolique avec diabète de type 2 insulino-requérant dès 2016, obésité morbide de classe 3 (BMI : 40,5), hypertension artérielle traitée dès environ 2005, dyslipidémie traitée [et] syndrome des apnées obstructives du sommeil traité dès 2015"*, de *"cardiopathie ischémique Status après angioplastie et stent de l'IVA moyenne et proximale ainsi que de la diagonale en 2016, status après revascularisation de la circonflexe et de la coronaire droite en 2016, status après implantation d'un défibrillateur implantable en 2016"* et de *"surdité droite et hypoacousie gauche"*. Selon lui, ces atteintes empêchent totalement l'assuré d'exercer son ancienne activité de ferrailleur depuis janvier 2016, mais il estime qu'une activité adaptée est exigible. Il précise que, dans une activité légère plus ou moins sédentaire, la capacité de travail est complète dès juillet 2017 (dossier OAI, p. 591).

A l'instar de son confrère psychiatre, le Dr E._____ a fondé ses conclusions sur l'étude du dossier asséculologique ainsi que sur un entretien avec l'assuré, le 16 août 2018. Lors de cet entretien, ce dernier a pu décrire l'ensemble de ses atteintes somatiques, notamment les douleurs multiples (cervico-brachialgies, lombalgies, sciatalgies, pyalgies et gonalgies), le diabète, l'hypertension, l'obésité, la surdité, les apnées du sommeil, la bronchite chronique ainsi que sa maladie cardiaque. Il a en outre pu souligner l'impact de celles-ci sur son quotidien, notamment ses activités et son sommeil. Pour sa part, l'expert a également pu procéder à un examen complet de l'assuré, examinant le cas sous de multiples angles.

L'ensemble de ces éléments conduit l'expert à constater l'ancienneté des douleurs, lesquelles n'ont pas empêché l'assuré de travailler à 100%. Il souligne qu'une partie importante des douleurs alléguées est sans substrat organique et ne nécessite pas de prise significative d'antalgiques. Il relève également que le patient n'est toujours pas au bénéfice d'un appareillage acoustique, lequel lui permettrait d'entendre mieux et éviterait une excitation vestibulaire lors d'expositions au froid. Enfin, sur le plan cardiologique, il considère que l'évolution est satisfaisante avec récupération d'une fonction ventriculaire gauche de l'ordre de 50% alors qu'initialement elle était de 30%. Dans ce contexte, il estime qu'il existe une capacité de travail exigible dans une activité

adaptée dès juillet 2017, soit 6 mois après qu'un examen cardiologique de janvier 2017 a permis de confirmer la stabilisation de l'état cardiaque.

Partant, remplissant les critères requis, l'expertise du Dr E. _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel.

8.2. Au demeurant, la plupart des autres spécialistes interrogés vont dans le sens des conclusions de l'expert.

Ainsi, le Dr J. _____ confirme initialement l'existence d'une incapacité totale de travail en lien avec l'affection cardio-vasculaire dans la plupart de ses premiers rapports (dossier OAI, p. 285, 333, 334, 346, 437, 465, 470 et 472). Progressivement, il n'atteste plus d'incapacité de travail en lien avec cette affection. Dans un rapport du 26 septembre 2017, il soutient ainsi que, sur le plan cardio-vasculaire, la situation s'est stabilisée mis à part une fatigue et une dyspnée d'effort. S'il atteste d'une incapacité totale de travail, il la met en lien avec une *"aggravation d'un état anxieux dépressif [en] raison d'une prise en charge spécialisée avec augmentation du traitement par Escitalopram à 20 mg"* (dossier OAI, p. 413). De même, dans un rapport du 26 octobre 2017, il admet que la *"situation s'est améliorée sur le plan cardiovasculaire et métabolique"* et que son *"patient devrait être en état de poursuivre son stage à D. _____"*. Il renvoie à l'appréciation du psychiatre traitant s'agissant du fait que son patient se *"dit toutefois dans l'incapacité de poursuivre actuellement"* (dossier OAI, p. 424).

Pour sa part, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, atteste de l'incidence de l'atteinte cardiaque sur la capacité de travail de son patient en mars 2016. L'assuré avait été hospitalisé le 24 janvier 2016 et avait subi une intervention peu après (dossier OAI, p. 337, 354 et 374; cf. ég. p. 375). Il confirmera néanmoins l'amélioration de son état et la possibilité d'envisager la réalisation de mesures d'ordre professionnel dans un courrier du 12 septembre 2016 déjà (dossier OAI, p. 380). Sa consœur et successeure, la Dre S. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, confirme la stabilisation claire du cas sur le plan cardiaque dans un rapport du 25 janvier 2017 et confirme que son patient n'est plus limité sur ce plan dans un rapport du 22 novembre 2017 (dossier OAI, p. 475 et 487; cf. ég. p. 452, 455 et 462).

Les autres rapports figurant au dossier ne permettent pas de reconnaître l'existence d'une incapacité de travail au-delà du mois de juillet 2017. Ainsi, dans son rapport du 4 février 2016, le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale, estime que son patient n'est pas en mesure de travailler jusqu'en février 2016 (dossier OAI, p. 238). Si la Dre U. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, admet l'existence d'un *"syndrome d'apnées hypopnées du sommeil de degré sévère"*, elle ne fait pas état d'incapacité de travail en lien avec cette atteinte (dossier OAI, p. 315, 319, 460, 520 et 584). Quant au Dr V. _____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, consulté suite à un épisode de diplopie binoculaire auto-résolutif de quelques secondes, il précise que, *"au moment de la consultation, le patient ne présente plus de plainte"* et n'atteste d'aucune incapacité de travail (dossier OAI, p. 682).

Enfin, d'autres documents attestent d'une incapacité de travail en lien avec des atteintes temporaires (dossier OAI, p. 322) ou font suite à la consultation d'un avis spécialisé pour diagnostic (dossier OAI, p. 687).

8.3. Cela étant, il apparaît que certains médecins s'écartent de l'appréciation de l'expert et attestent d'une incapacité totale de travail, y compris après le mois de juillet 2017.

Dans son rapport le plus récent du 22 février 2018, le Dr L._____ affirme ainsi que, "à [son] avis, la capacité résiduelle de travail de ce patient est nulle dans n'importe quel emploi au vu des nombreuses morbidités qu'il présente". Citant notamment des "cervico-lombalgies chroniques", des "brachialgies et des radiculalgies à bascules diffuses" ainsi que "de nombreux problèmes cardiovasculaires et métaboliques", le médecin renvoie à des "rapports annexés de 2002 et de 2005, ainsi que l'IRM cervicale de 2005", lesquelles décrivent "en détail les pathologies objectives" (dossier OAI, p. 509). Néanmoins, l'avis de ce rhumatologue ne permet pas de remettre en question l'appréciation de l'expert en médecine interne. Outre le fait que le renvoi à des documents antérieurs à 2005 tend à démontrer que l'état de son patient n'a pas évolué depuis lors, l'on constate que son rapport n'est que très faiblement argumenté. Le médecin semble, par ailleurs, renvoyer dans une large mesure aux déclarations de son patient plutôt qu'à des pièces du dossier (exemple: "il m'informe qu'il a eu de nombreux problèmes cardiovasculaires et métaboliques nécessitant de fréquents séjours hospitaliers et opérations").

Pour sa part, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale au sein de X._____, retient les diagnostics invalidants de "Koronare Herzkrankheit mit 5 Stent Einlage", de "Adepositas" et de "LWS Syndrom". S'il atteste d'une incapacité de travail totale pour les activités imposant une "körperliche Belastung", il ne se considère pas en mesure d'examiner la problématique d'une activité adaptée (dossier OAI, p. 559, 672 et 675).

Enfin, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale, atteste d'une incapacité de travail totale dans son rapport du 14 mai 2018. Il indique néanmoins ce qui suit: "Insuffisance cardiaque stable, BPCO pour tabagique. Sur le plan psychiatrique c'est plus compliqué! Patient difficilement compliant avec les soignants, les services administratifs et sociaux" (dossier OAI, p. 530). Il ressort de la lecture de son rapport que les limitations de son patient ne sont pas forcément en lien avec ses atteintes somatiques, mais plutôt psychiques. Il apparaît également que des facteurs extra-médicaux, lesquels ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité, ont une incidence non négligeable sur l'incapacité de travail attestée par le généraliste.

Ces trois avis ne permettent pas de mettre en cause les conclusions de l'expert en médecine interne, lesquelles vont au demeurant dans les sens de celles du Dr J._____, du Dr R._____ et de la Dre S._____.

A ce stade, la Cour prend note de l'allégué du recourant selon lequel il "ne pourrait se voir reconnaître une capacité de travail supérieure à 50% au maximum". Cependant, cet allégué n'est fondé sur aucun rapport médical, les différents médecins interrogés ne faisant pas état d'une capacité de travail partielle mais uniquement d'une capacité de travail totale (les Drs J._____, R._____, S._____) ou nulle (les Drs L._____, W._____ et Y._____). Il ne saurait être suivi sur ce point.

8.4. Partant, la Cour constate que l'assuré demeure toujours dans l'impossibilité d'exercer son ancienne activité de ferrailleur, ce qui avait déjà été constaté par décision du 4 janvier 2006. Cependant, suite à son hospitalisation pour des problèmes cardiaques le 24 janvier 2016, une incapacité totale de travail est médicalement attestée dans toute activité jusqu'à la fin juin 2017. Depuis le 1^{er} juillet 2017, l'exercice d'une activité légère, plus ou moins sédentaire, est exigible à plein temps.

9.

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède, fondé sur les conclusions du Dr E. _____ et du Dr F. _____, que le recourant doit se voir reconnaître une incapacité de travail totale de janvier 2016 à février 2018, en raison de problèmes cardiaques et psychiatriques.

Son état s'est donc aggravé depuis la décision du 4 janvier 2006, rejetant sa première demande de prestations.

En revanche, pour la période ultérieure, il doit être considéré en mesure de travailler à plein temps dans une activité légère et plus ou moins sédentaire.

10.

10.1. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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).

10.2. 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).

10.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé 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'invalidé 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).

11.

Dans son recours, l'assuré réclame qu'il soit tenu compte d'un revenu de valide de CHF 66'462.- et d'un revenu d'invalide de CHF 24'168.-, dont la comparaison laisserait *"apparaître un préjudice économique de l'ordre de 37%"* (recte: 64%).

11.1 Ainsi qu'indiqué ci-avant, le recourant doit se voir reconnaître une incapacité de travail totale de janvier 2016 à la mi-février 2018.

Dans la décision contestée, l'OAI a estimé que l'incapacité de travail remontait au 11 décembre 2015. Cette date correspond à la chute de l'assuré alors que les conclusions de l'expertise font remonter l'incapacité de travail au mois suivant, en lien avec des troubles cardiaques et psychiatriques. Cependant, l'on peut confirmer cette date dans la mesure où cela est favorable à l'assuré. La condition relative à la durée moyenne déterminante de l'incapacité de travail est donc remplie après un délai d'attente d'une année, à savoir le 11 décembre 2016.

L'OAI a ensuite fixé la fin du versement de la rente au 31 octobre 2017, soit 3 mois après l'amélioration de l'état de santé mentionnée dans les conclusions consensuelles des experts, dès le mois de juillet 2017. Ainsi que relevé ci-avant (cf. consid. 8), cette date ne prend pas en compte ses atteintes psychiatriques, notamment le fait que l'assuré a été hospitalisé peu après pour de tels motifs. Il convient dès lors bien plutôt de fixer la suppression du versement de la rente au 31 mai 2018, soit 3 mois après l'amélioration de l'état de santé reconnue dès le mois de février 2018.

11.2. Pour la période ultérieure, l'OAI a retenu un revenu de valide de CHF 66'462.-. Ce montant est fondé sur le salaire horaire réalisé en 2014 par le recourant selon l'attestation de son ancien employeur (CHF 32.10; cf. dossier OAI, p. 348), multiplié par le nombre d'heures annuelles de travail et augmenté de 0.7% pour tenir compte de l'indexation jusqu'en 2015.

Bien que non contesté, ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux pour l'année 2018, année de comparaison des revenus, et non l'année 2015 (indices de 102.5207 pour 2015 et 103.7855 pour 2018, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 41-43 Construction).

Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 67'281.95.

11.3. S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant ne percevant pas de salaire, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, correspondant au salaire médian du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes).

En l'occurrence, dès lors que le TA1, niveau de compétence 1, 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 compétences 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 64'681.-, indices de 2239 pour 2016 et 2260 pour 2018, 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 2018 (CHF 67'429.95, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à .

Dans son mémoire, le recourant conteste ce montant ainsi que les adaptations réalisées. Cependant, l'on constate d'emblée qu'il mélange le revenu d'invalidé estimé sur la base des statistiques avec celui calculé sur la base d'une description de postes de travail (DPT). Ce dernier fait référence à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée. Dans la mesure où il n'a pas été fait ici usage de DPT, il n'incombait dès lors pas à l'OAI de renvoyer à un *"corps de métier identifiable"* ou de confronter les limitations fonctionnelles *"avec cinq descriptions de postes concrètes"*. Par ailleurs, il est pris note de l'allégué du recourant selon lequel *"il n'y a pas lieu d'adapter ce montant à une semaine de travail de 41.7 heures"* dès lors qu'il est *"âgé de plus de 50 ans"* et qu'il *"disposerait de 5 semaines de vacances"*. L'on peine cependant à le suivre, les statistiques de l'ESS correspondant par définition à un salaire standardisé, tenant dès lors compte des différentes modalités de versement du salaire. Dans ces circonstances, les différents griefs du recourant quant à la détermination du revenu d'invalidé ne peuvent être suivis.

Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 67'429.95.

11.4. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 67'281.95) et d'invalidé (CHF 67'429.95) que le recourant ne subit aucune perte de gain.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI a supprimé la rente entière.

L'on précise que le degré d'invalidité demeurerait insuffisant pour continuer à donner droit à une rente, même s'il était tenu compte d'un abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial.

12.

Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours est très partiellement admis et la décision du 12 août 2019 est modifiée dans le sens où le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2016 au 31 mai 2018; il est rejeté pour le surplus.

Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 200.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 600.- à la charge du recourant.

Ayant partiellement obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens réduits (cf. art. 61 let. g LPGA et 138 al. 2 CPJA). Le 13 décembre 2019, son mandataire a produit une liste de frais d'un montant total de CHF 2'985.45, à savoir CHF 2'640.- au titre d'honoraires (14,40 heures à CHF 180.-), CHF 132.- au titre de frais forfaitaires (5%) et CHF 213.45 au titre de la TVA (7.7%).

Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12).

En effet, les débours sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du règlement cantonal du 30 novembre 2010 sur la justice, RJ; RSF 130.11). Ceux-ci sont fixés ex aequo et bono à CHF 50.-.

Il convient en outre de tenir compte d'un tarif horaire de CHF 250.- afin de tenir compte de l'admission partielle du recours, ce qui implique de fixer les honoraires à CHF 3'666.67.

Enfin, ce montant doit être réduit à $\frac{1}{4}$, compte tenu de l'admission très partielle du recours.

Partant, l'indemnité de partie est fixée à CHF 1'000.70, dont CHF 71.55 au titre de la TVA.

Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe partiellement.

13.

Par requête déposée parallèlement à son recours, l'assuré demande à bénéficier de l'assistance judiciaire totale et à ce que son mandataire, Me Charles Navarro, soit désigné défenseur d'office.

13.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance

judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

L'art. 29 al. 3 Cst. vise à assurer que chacun puisse, indépendamment de sa situation financière, faire juger par un tribunal des litiges non dénués de chance de succès, et se faire représenter au procès par un avocat pour autant que cela soit matériellement nécessaire. Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire doit donner à la partie indigente les moyens de mener son procès, mais non pas l'aider à améliorer de manière générale sa situation financière (arrêt TF 9C_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.2). Dans le domaine des assurances sociales, le droit à l'assistance judiciaire en procédure cantonale est expressément inscrit à l'art. 61 let. f LPGA.

Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4).

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).

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

13.2. En l'espèce, le recourant a produit un document du service social de sa commune, selon lequel il bénéficie de la couverture de son budget. On peut dès lors retenir qu'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille.

S'agissant de la seconde des conditions, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissaient, à première vue, pas d'un grand poids. L'on constate par exemple que la partie motivation du recours ne s'appuyait pas sur des rapports médicaux et faisait état d'un degré d'invalidité de 37%. Un tel taux, inférieur au seuil du quart de rente fixé à 40%, ne permettait manifestement pas de se prévaloir du droit à une rente entière. Cela étant, le recours a abouti à une admission partielle, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure qu'il était d'emblée dénué de toute chance de succès.

Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale peut être admise et que Me Charles Navarro, avocat, est désigné comme défenseur d'office.

13.3. Compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire totale, le solde des frais de justice de CHF 600.- n'est pas prélevé.

S'agissant de l'indemnité du défenseur d'office, l'on se réfère aux montants figurant dans la liste de frais du 13 décembre 2019. Cependant, comme indiqué ci-avant, calculés de manière forfaitaire, les débours doivent être fixés à CHF 50.-. Par ailleurs, il convient de réduire l'indemnité du défenseur d'office à 3/4, compte tenu de l'admission partielle du recours.

L'indemnité du défenseur d'office est dès lors fixée à CHF 2'172.85, dont CHF 155.35 au titre de la TVA. Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2019 240) est partiellement admis.

Partant, la décision du 12 août 2019 est modifiée dans le sens que le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} décembre 2016 au 31 mai 2018.

Le recours est rejeté pour le surplus.

II. La requête (608 2019 241) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Charles Navarro, avocat, est désigné comme défenseur d'office.

III. Une indemnité de partie de CHF 1'000.70, dont CHF 71.55 au titre de la TVA (7.7%), est allouée directement en main du mandataire et mise à la charge de l'autorité intimée.

IV. L'indemnité du défenseur désigné est fixée à CHF 2'172.85, dont CHF 155.35 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la charge de l'Etat de Fribourg.

V. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 200.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 600.- à la charge du recourant, ces derniers n'étant pas perçus en raison de l'assistance judiciaire gratuite.

VI. 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 10 novembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :