

200.2013.472.AI

CHA/BEJ

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 25 septembre 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
D. Baldin et M. Moeckli, juges  
A. de Chambrier, greffier



A. \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

Office AI Berne  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 2 mai 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1954, sans formation certifiée, marié, père de deux enfants majeurs, a travaillé en Suisse de mai 1988 à juin 1997 comme peintre en carrosserie. Le 17 juin 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sous forme de rente, en invoquant une tendinite chronique. Par décision du 15 avril 1998, l'Office AI Berne a refusé à l'assuré le droit à une rente, en retenant un degré d'invalidité de 4%. En juin 1998, l'assuré a quitté la Suisse pour retourner dans son pays d'origine. Il est revenu en Suisse en octobre 2008. Il a travaillé comme employé d'exploitation pour la même entreprise active dans le secteur métallurgique depuis octobre 2008, d'abord par le biais d'une agence de placement, puis sans intermédiaire, au bénéfice d'un contrat de travail de durée indéterminée dès juillet 2009. L'assuré a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 100% dès le 17 novembre 2009. Le 20 janvier 2010, son employeur a résilié son contrat de travail, pour le 28 février 2010, en invoquant des problèmes économiques importants. L'assurance-maladie à laquelle était affilié son employeur a mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2010, tandis que l'assurance perte de gain maladie complémentaire a encore continué ses versements (dossier [dos.] AI document [doc.] 7 p. 1, 21.2 p. 2 et 7 et 25 p. 2).

**B.**

Le 24 juin 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sous forme de mesures pour une réadaptation professionnelle et de rente. Il invoquait des douleurs dans le dos et les genoux existant depuis le 17 novembre 2009 et indiquait être en incapacité totale de travailler depuis cette date. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du médecin généraliste traitant de l'assuré et de l'assureur-maladie du dernier employeur de ce dernier. Après avoir requis une expertise d'un spécialiste en chirurgie orthopédique du Service médical

régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), lequel a rendu son rapport le 23 novembre 2011, l'Office AI Berne a informé l'assuré, par préorientation du 20 septembre 2012, qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente, en retenant un degré d'invalidité de 10%. En dépit des objections formulées par l'intéressé, par l'intermédiaire d'un mandataire, et après consultation du SMR, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 2 mai 2013.

### **C.**

Le 3 juin 2013, l'assuré, par le même représentant, a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 2 mai 2013 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, en substance, sous suite des frais et dépens, à son annulation, ainsi que, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50% à compter de novembre 2010 au plus tard et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 19 août 2013, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le recourant, par son mandataire, a confirmé les conclusions de son recours dans sa réplique du 18 octobre 2013. Le 5 novembre 2013, l'intimé a renoncé à dupliquer en maintenant aussi ses conclusions. Le 25 novembre 2013, le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 2 mai 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de rente AI présentée par l'assuré. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de

cette décision et, principalement, sur l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité à l'assuré à compter de novembre 2010 et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

Après avoir estimé que le recourant avait rendu plausible une modification des circonstances depuis le refus de rente prononcé le 15 avril 1998 (voir let. A ci-dessus), l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 24 juin 2010 et a procédé à un examen matériel du cas (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; jusqu'au 31 décembre 2011: anc. art. 87 al. 3 et 4 RAI; SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Le TA doit donc également procéder à un examen au fond (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

### 3.

**3.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

**3.2** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**3.3** Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Pour autant que les rapports du SMR satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351

c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont une valeur probante comparable à celles d'autres expertises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

#### **4.**

Sur le plan médical, l'intimé a essentiellement fondé sa décision du 2 mai 2013 sur le rapport du 23 novembre 2011 consignant les résultats d'un examen personnel effectué le 1<sup>er</sup> juin 2011 par un spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR (dos. AI doc. 35). Le recourant, dans son recours et sa duplique, conteste ce rapport qui est selon lui obsolète. Il souligne que les examens à la base de ce dernier datent de deux ans et qu'ils ne prennent pas en compte son état de santé actuel qui s'est aggravé depuis lors. Il met également en relief l'avis divergent de son médecin généraliste traitant et précise que celui-ci, qui a pris en compte les nouvelles atteintes diagnostiquées depuis les observations du spécialiste du SMR, contrairement à ce dernier n'a pas relevé d'attitude revendicatrice ou de comportement démonstratif.

**4.1** Dans le rapport précité, le spécialiste du SMR a diagnostiqué, en tant qu'atteinte avec des répercussions durables sur la capacité de travail, un syndrome douloureux lombo-spondylogène chronique sans implication radiculaire. Sans influence durable sur la capacité de travail, il a mentionné une surdité légère, un soupçon clinique d'hyperpression femoro-patellaire,

plus accentuée à gauche qu'à droite et, se basant sur l'anamnèse, des problèmes aux adducteurs (voir également dos. AI doc. 34 p. 3). Il relève aussi que l'assuré est en surpoids et précise que dans une activité adaptée, à savoir dans une activité légère à moyenne, idéalement alternée, n'exigeant pas de devoir porter de façon répétitive des charges de plus de 10 à 15 kg, ni de devoir adopter des positions contraignantes ou penchées, l'assuré présente une pleine capacité de travail, sans perte de rendement. Selon lui, des activités lourdes ou des activités nécessitant des mouvements rotatifs de la colonne vertébrale ne sont en revanche plus exigibles de l'intéressé. L'expert, qui a examiné personnellement l'assuré, relève en outre que le recourant est plaintif et très démonstratif (aussi bien dans la mimique que verbalement) et que ce dernier ne fournit pas d'informations concrètes sur les activités qu'il pourrait encore effectuer (notamment quant à la durée durant laquelle il peut rester assis, debout ou marcher ou encore quant aux douleurs engendrées par telle ou telle activité). Il ajoute que, dans l'ensemble, le désir d'obtenir une rente est manifeste.

## **4.2**

**4.2.1** Au vu de l'ensemble du dossier médical, il convient tout d'abord de constater que l'expertise du 23 novembre 2011 est complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 3.2 ci-dessus). Elle se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. La qualification de l'expert ne peut être mise en doute. Ses conclusions sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. L'expert a procédé, lui-même, à un examen personnel du recourant et a pris en compte les plaintes subjectives de ce dernier, son anamnèse et les autres documents au dossier de la cause. En particulier, il explique de façon convaincante pourquoi son appréciation diverge de celle du médecin généraliste traitant, qui au titre des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, a retenu, en plus d'une lombosciatalgie gauche, une gonarthrose bilatérale et une tendinite des adducteurs bilatérales (dos. AI doc. 21.13 p. 1, doc. 21.11

p. 2, doc. 21.7). Selon l'expert du SMR, les problèmes aux adducteurs, faute de résultat à l'échographie et en l'absence de signes cliniques, n'engendrent pas de limitations. Concernant les genoux, il relève que les lésions au cartilage mentionnées dans l'IRM du 29 juin 2010 n'ont pas pu être confirmées par l'arthroscopie réalisée en octobre 2010 et que, dès lors, il n'existe pas de limitations de déplacement et en position debout qui soient justifiées médicalement. Il explique également pourquoi le syndrome d'hyperpression femoro-patellaire (diagnostic auquel se rallie le médecin généraliste traitant dans l'écrit du 2 avril 2012; dos. AI doc. 41 p. 2) n'est pas propre à limiter la capacité de travail de l'assuré, en indiquant qu'un tel trouble peut être traité par un programme d'étirement des quadriceps. Par ailleurs, les autres éléments au dossier ne remettent pas en question l'appréciation de l'expert du SMR (voir notamment les rapports radiologiques et les écrits du chirurgien orthopédique, qui a examiné et traité le recourant; dos. AI doc. 21.5 p. 6 et doc. 21.7 p. 5 à 7). Certes, le chirurgien traitant précité a mentionné dans un certificat médical du 19 novembre 2010 une incapacité totale de travailler du 17 novembre 2009 au 31 octobre 2010, en renvoyant cependant à l'avis du médecin traitant pour la période postérieure à octobre 2010 (dos. AI doc. 21.3 p. 4). Ce médecin ne précisait toutefois pas les motifs d'une telle incapacité et dans son rapport opératoire du 11 octobre 2010 (concernant notamment un lavage articulaire et une infiltration au genou gauche), il indiquait une incapacité de travail médico-théorique de deux semaines (dos. AI doc. 21.5 p. 3). Sur le plan des diagnostics, son appréciation ne remet pas en question les conclusions de l'expert. Par ailleurs, le comportement démonstratif de l'assuré, de même qu'une tendance à la revendication de prestations, avaient déjà été mis en évidence par d'autres médecins (voir notamment dos. AI doc. 15.1 p. 174, 214 et 224; voir également les rapports de visite, dos. AI doc. 15.1 p. 62, 79 et 87). Certes, il s'agissait d'une période relative à la première demande AI, mais ces constatations ne peuvent être totalement ignorées et renforcent la crédibilité des observations de l'expert du SMR sur ce point (voir aussi les tentatives de l'assuré de gagner la bienveillance des personnes en charge de ses dossiers: dos. AI doc. 15.1 p. 56; "Protokoll per 19.08.2013" au 14 juin 2011).

**4.2.2** Comme déjà mentionné, seul l'avis du médecin généraliste traitant s'oppose à l'appréciation de l'expert du SMR. Or, ce premier fonde essentiellement l'incapacité de travail du recourant sur les tendinites, décrites dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2010, comme "souffrance principale" (dos. AI doc. 21.13, voir également doc. 14 p. 2, 21.9 et 21.11). Cette appréciation repose cependant sur les seules déclarations de l'assuré (constat également fait par le SMR; dos. AI doc. 43 p. 2) et le généraliste traitant n'explique pas en quoi cette pathologie serait limitative dans l'exercice d'une activité adaptée (voir notamment dos. AI doc. 41 p. 2). L'examen radiologique réalisé le 3 mai 2010 n'a pas permis de mettre en évidence une atteinte (le médecin ayant procédé à cet examen précisant toutefois qu'un tel résultat n'éliminait pas le diagnostic d'une tendinite; dos. AI doc. 21.7 p. 6). Par ailleurs, le chirurgien orthopédique traitant a indiqué dans son rapport de consultation du 7 septembre 2010, adressé au généraliste traitant, que le recourant se plaignait, entre autres, de douleurs dans les adducteurs, que ce problème était connu depuis de nombreuses années et que ce dernier lui avait déjà été adressé à ce titre en octobre 1996 (dos. AI doc. 21.5 p. 6). Les constatations de ce médecin révèlent donc que la problématique liée aux adducteurs était la même que celle signalée lors de l'examen de la première demande de prestations AI en juin 1997. Or, les médecins consultés à cette époque, à l'exception du généraliste traitant, sans nier l'existence d'une tendinite aux adducteurs, avaient considéré que cette pathologie n'empêchait pas le recourant de travailler à 100% dans une activité adaptée (dos. AI doc. 15.1, notamment, p. 174, 175, 197, 198, 199 et 213). Les constatations cliniques et les conclusions du spécialiste du SMR sont donc sur ce point identiques à celles des autres médecins consultés (le généraliste traitant mis à part) et aucun élément concret au dossier ne permet de penser que la tendinite du recourant se serait aggravée depuis la décision de l'intimé d'avril 1998, ni que celle-ci empêcherait une activité à plein temps dans une activité adaptée. De plus, concernant la capacité résiduelle de travail de l'assuré, le généraliste traitant n'étaye pas médicalement son appréciation et ne fournit pas d'éléments objectifs justifiant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (voir également la prise de position du SMR du 13 novembre 2012; dos. AI doc. 43 p. 2). Comme déjà mentionné, il fonde son opinion sur les seules déclarations de l'assuré en rapportant que ce

dernier "estime qu'il tient tout juste 4 heures par jour pour une activité légère" et en ajoutant qu'il partage son avis (dos. AI doc. 41 p. 2, voir également dos. 14 p. 3).

**4.2.3** Enfin, le recourant allègue que l'expertise du SMR ne correspond plus à son état de santé au moment où la décision attaquée a été rendue. Il fonde ses allégations sur l'écrit de son médecin généraliste du 13 mai 2013, lequel mentionne une accentuation des douleurs liées à la tendinite des adducteurs, une tension artérielle souvent incontrôlable malgré une médication intensive, des troubles de la vue, des maux de tête, une aggravation du problème lombalgique avec une sciatalgie gauche intermittente, ainsi qu'une lithiase urinaire chronique. Il rappelle également l'existence d'une gonalgie, principalement du côté droit.

Dans la mesure où cet écrit, qui est postérieur à la décision attaquée, peut être pris en compte dans le présent jugement, à savoir dans la mesure où il se réfère à la situation médicale, telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4), il convient de relever que le généraliste traitant n'y indique pas en quoi les pathologies précitées, notamment l'existence d'une lithiase urinaire chronique, réduiraient la capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, bien qu'il indique l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, il maintient, de façon contradictoire, que ce dernier a une capacité de travail dans une occupation adaptée de 50%, alors qu'il avait retenu la même capacité, avant l'aggravation alléguée, en février 2010 et en avril 2012 (dos. AI doc. 21.11 p. 4 et 41 p. 2). Au vu de ces contradictions et du manque d'indices concrets, une aggravation de l'état de santé du recourant, propre à influencer sa capacité de travail, survenue entre la réalisation de l'expertise du SMR du 23 novembre 2011 et le prononcé de la décision attaquée du 2 mai 2013, n'est pas rendue plausible et une instruction supplémentaire sur ce point n'est, dès lors, pas nécessaire.

**4.3** Au vu de ce qui précède, rien ne vient remettre en question la crédibilité de l'expertise du 23 novembre 2011. Rien ne justifie de s'écarter des conclusions de cette dernière qui sont conformes aux exigences jurisprudentielles et revêtent une force probante entière. Le médecin traitant ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été

ignorés dans l'expertise; son opinion divergente ne remet, partant, pas en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 c. 4; SVR 2008 IV n° 15 c. 2.2.1). Au demeurant, il n'existe pas, dans le cas présent, d'éléments permettant d'établir que l'expert n'aurait pas évalué le cas en toute indépendance. Le seul fait que l'expertise émane d'un médecin des services médicaux de l'intimé ne permet pas, en soi, de considérer que celui-ci était partial et agissait en faveur de l'Office AI (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_593/2010 du 28 mars 2011 c. 5.2.2; voir c. 3.3 ci-dessus). Enfin, les éléments au dossier ne rendent pas vraisemblable l'existence d'une modification importante de l'état de santé du recourant depuis la réalisation de cette expertise. L'intimé a donc, à bon droit, retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Une expertise supplémentaire n'est pas nécessaire.

## **5.**

Il reste à évaluer le taux d'invalidité.

**5.1** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222).

**5.2** Dans un premier temps, le moment de la naissance d'un éventuel droit à une rente doit être établi. En l'occurrence, l'assuré a pu présenter une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable au plus tôt à partir de novembre 2009 (par ex. dos. AI doc. 21.13: une incapacité totale de travailler est attestée médicalement dès le 17 novembre 2009; art. 28 al. 1 let. b LAI, voir c. 3.1 ci-dessus). Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente ne prend toutefois naissance

au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Le recourant ayant déposé sa demande de prestations AI le 24 juin 2010, un droit à une rente ne pourrait prendre naissance qu'à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010 (art. 29 al. 3 LAI). L'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est donc 2010.

### **5.3**

**5.3.1** Pour arriver à un taux d'invalidité de 10%, l'intimé s'est fondé, tant pour le revenu hypothétique d'assuré valide que pour celui avec handicap, sur la valeur "totale" statistique des salaires servis aux hommes, dans des activités simples et répétitives, selon les chiffres relatifs à 2010, indexés à 2011, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Pour le revenu avec handicap, l'intimé a procédé à un abattement de 10%, taux qui correspond finalement à celui de l'invalidité retenue.

Le recourant prétend que le revenu sans handicap doit être déduit du dernier salaire qu'il a réalisé, indexé, en soutenant qu'il a perdu sa place de travail pour raisons de santé. En outre, il fait valoir que son âge, son niveau de formation, ses faibles connaissances en français et ses graves problèmes de santé empêchent qu'il trouve un emploi adapté.

**5.3.2** D'emblée, au cas particulier, il faut écarter l'application de la jurisprudence qui permet, bien que l'âge en soi représente un facteur étranger à l'invalidité, de considérer que, pour certains assurés âgés et dans des conditions particulières, le marché du travail n'est plus à même d'offrir des emplois légers, adaptés et correspondant au profil requis. En effet, il faut constater que, de manière réaliste, les limitations fonctionnelles invalidantes du recourant (syndrome douloureux lombo-spondylogène chronique sans implication radiculaire), très répandues même chez de nombreux assurés plus jeunes que lui, lui laissent encore un choix important d'emplois non qualifiés lui offrant la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain sur un marché du travail équilibré. Rien ne permet de penser qu'il serait inexigible de sa part de retrouver un tel travail (ATF 138 V 457 c. 3.1 et références). Cela est d'autant plus vrai que l'âge à

prendre en considération correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 c. 3.3). Or, le médecin traitant du recourant lui-même a attesté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en tout cas depuis le 15 février 2010 (dos. AI doc. 21.11 p. 3). A cette date, le recourant était âgé de 55 ans, se trouvait donc encore loin de l'âge de la retraite, et l'application à son cas de la jurisprudence relative aux assurés âgés n'entre de toute façon pas en considération.

**5.3.3** La reprise d'une activité adaptée étant, dans son principe, exigible de la part du recourant, il convient encore d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail résiduelle qui lui est attestée est de nature à lui occasionner une perte de gain lui ouvrant le droit à une rente AI.

Selon les attestations de l'employeur, le recourant a perdu sa dernière place de travail pour des raisons économiques (dos. AI doc. 17 p. 1 et 5). Pour évaluer le revenu hypothétique d'assuré valide, il serait par conséquent incorrect de se fonder sur le dernier salaire réalisé - qui n'aurait de toute façon pas pu être conservé selon une vraisemblance prépondérante, même si l'assuré était resté en bonne santé (ATF 139 V 28 c. 3.3.2; TF 9C\_740/2013 du 13.03.14 c. 4.2). Le recourant ne disposant pas de formation certifiée, n'ayant travaillé que brièvement dans la métallurgie et ayant interrompu son activité de carrossier en Suisse depuis plus de 10 ans, le fait que l'intimé ait choisi la valeur statistique "Total", pour le revenu d'assuré valide, et non une donnée spécialisée relative à la métallurgie ou à la réparation automobile, se justifie pleinement. Les comptes individuels rassemblant les revenus du recourant soumis à cotisations sociales (dos. AI doc. 6: revenu annuel le plus élevé réalisé en 2009 s'élevant à Fr. 50'917.-) ne permettent pas non plus d'étayer un revenu sans invalidité plus conséquent.

Quant au revenu avec handicap, il doit également se fonder sur la valeur "Total" de l'ESS, étant donné que l'assuré n'a plus repris d'activité lucrative exigible et que l'expertise probante du SMR se réfère à une activité adaptée (ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1, 2002 UV n° 15 c. 3c/cc).

Il en résulte que c'est à juste titre que l'intimé a procédé à une comparaison de deux revenus statistiques moyens évalués sur des bases identiques. Dans une telle hypothèse, l'opération peut se réduire à une comparaison en pourcents (ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b). Puisque la donnée statistique à la base des deux revenus à comparer est la même et qu'au cas particulier les médecins attestent une capacité de travail et un rendement intacts dans l'activité adaptée, le taux d'invalidité équivaut en l'espèce à celui de l'abattement. Eu égard à cette particularité, il importe donc peu que l'Office AI Berne ait basé ses calculs sur l'année 2011 (au lieu de 2010; c. 5.2 ci-dessus) et ne détaille pas les tables statistiques et les valeurs choisies pour arriver aux chiffres qu'il cite dans sa décision (ces tables sont accessibles à partir de la page internet de l'OFS [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)). L'abattement quant à lui découle de la jurisprudence qui tient compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Par rapport au taux maximal possible de 25%, le TA n'a pas de raison de corriger l'appréciation de l'intimé qui a fixé l'abattement à 10% (sur la pratique en la matière, voir: ATF 135 V 297 c. .2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1). Certes, le recourant a dépassé la cinquantaine, ne peut plus exercer d'activité lourde sollicitant le dos et ne dispose que de faibles connaissances en français, selon les observations de nombreux intervenants en procédure. Il faut toutefois à nouveau prendre en compte le fait que les diagnostics dont le recourant est atteint ne sont pas particulièrement invalidants, ni rares. Il apparaît aussi que lors de son premier séjour en Suisse, il a exercé une activité dans la carrosserie qui peut lui ouvrir des portes pour des emplois dans des industries autres que la métallurgie lourde. De plus, il a vécu en Suisse, avec sa famille, en tout, près d'une quinzaine d'années. Même s'il ne maîtrise pas couramment la langue de la région où il habite, il a estimé lui-même avoir réussi à s'y intégrer, du moins partiellement, puisqu'il a décidé d'y revenir après avoir passé à nouveau une dizaine d'années dans son pays.

En conclusion, le TA ne saurait intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'administration au cas d'espèce et ne peut donc que se rallier à la comparaison de revenus effectuée par l'intimé, qui correspond à l'état de fait et de droit. Il en résulte un degré d'invalidité de 10%.

**5.3.4** A toutes fins utiles, on peut constater que même la prise en compte de l'abattement maximal de 25% (qui ne se justifierait en aucun cas au vu de la nature des atteintes, des conditions sociales et du parcours professionnel du recourant), qui impliquerait une invalidité du même taux de 25%, serait insuffisante pour ouvrir un droit à une rente.

Par ailleurs, il y a également lieu de relever qu'en se fondant sur le dernier revenu, indexé - ainsi que l'allègue le recourant au motif que son licenciement serait en réalité dû à des problèmes de santé - on n'aboutit pas à un résultat plus favorable pour l'intéressé.

En effet, indexé à l'année de référence (2010), le revenu de valide serait de Fr. 54'907.- (Fr. 54'600.- x 107,4 / 106,8; voir questionnaire pour l'employeur, dos. AI doc. 17 p. 2; quant à l'adaptation, voir ATF 129 V 410 c. 3.1.2; [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), T1.1.05, Indice des salaires nominaux, hommes, secteur secondaire: valeur 2009: 106,8 et 2010: 107,4). Ce salaire est toutefois nettement inférieur au revenu statistique usuel dans la branche, qui était de Fr. 63'311.- en 2010 (ESS 2010; TA1, "métallurgie" hommes, niveau 4, Fr. 5'073.- par mois 12 fois l'an, adapté au temps de travail usuel en 2010, soit 41,6 h). Si, sans que cela résulte d'un choix délibéré, avant la survenance de l'invalidité, une personne assurée réalisait un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. faible formation scolaire, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques), la jurisprudence opère un calcul assurant un parallélisme des revenus pour neutraliser les éléments susceptibles de fausser la comparaison (ATF 135 V 58 c. 3.1, 134 V 322 c. 4.1). Si l'on choisit la variante de calcul consistant à revaloriser le revenu d'assuré valide en fonction des données statistiques, une réduction de 5% doit être pratiquée (pour justifier un parallélisme, la différence entre le revenu effectif et le revenu usuel doit être nette; ATF 135 V 297 c. 6.1.2. et 6.1.3). Le revenu de valide à prendre en compte serait, au cas particulier, de Fr. 60'145.- (95% x Fr. 63'311.-). Ce revenu

"parallélisé" est inférieur au revenu "Total" de 2010 qui doit être pris comme base de calcul du revenu avec invalidité, à savoir Fr. 61'164.- (Fr. 4'901.- x 12 x 41,6 / 40 [adaptation au temps de travail usuel de 41,6 heures en 2010]). En comparant Fr. 60'145.- avec Fr. 61'164.- diminué d'un abattement de 10% (Fr. 55'048.-), on aboutit à une invalidité de 8%, inférieure à celle calculée par l'Office AI Berne en admettant que le dernier emploi avait été perdu pour des causes autres que l'état de santé.

## **6.**

Au vu de ce qui précède, le refus de l'intimé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant n'est pas critiquable et le recours doit, partant, être rejeté.

En dérogation à l'art. 61 let. 1 LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 700.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

Le recourant, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de dépens (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

### **Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire du recourant,
- à l'intimé,
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).