

200.2014.1119.AI

DEJ/BEJ

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

Jugement du 17 mai 2016

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, 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 21 octobre 2014

En fait:

A.

A. _____, ressortissant portugais (domicilié en Suisse depuis mai 1990) né en 1965, marié et père d'enfants adultes, sans formation professionnelle, a travaillé en dernier lieu en qualité de machiniste pour le compte d'une entreprise de construction. Souffrant d'atteintes cardiaques et dorsales, l'assuré n'a plus travaillé à partir du 24 août 2010 et son contrat de travail a été résilié au 30 avril 2012, au motif que son employeur ne disposait pas de poste de travail adapté à son état de santé.

B.

Aidé par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, l'assuré a déposé le 14 février 2011 (date de réception) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sous la forme de mesures de réadaptation professionnelle. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli différents rapports médicaux auprès des cardiologue, chirurgien orthopédique et médecin généraliste traitants, puis a pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). L'assuré a ensuite effectué, entre mars et juin 2012, un stage d'observation dans un centre d'intégration et de formation professionnelle de l'AI (ORIF), au terme duquel une formation pratique dans le domaine du polissage lui a été proposée. L'intéressé, ne se sentant pas apte à effectuer une telle formation à un taux de 100%, a refusé. L'Office AI Berne l'a alors informé de son obligation de réduire le dommage et lui a imparti un délai pour faire savoir s'il entendait véritablement renoncer à cette formation. Par décision du 17 avril 2013 (désormais entrée en force), consécutive à une préorientation au contenu identique datée du 20 février 2013, le même Office AI a formellement rendu une décision refusant l'octroi de mesures professionnelles à l'assuré et lui a indiqué que son droit à une rente allait être examiné. Par la suite, après avoir réactualisé les données médicales auprès des médecins précités et avoir à nouveau consulté son SMR, l'Office AI Berne a informé l'assuré, par préavis du 8 janvier 2014, qu'en

raison d'un degré d'invalidité de 19%, il prévoyait de rejeter la demande de rente. Nonobstant l'objection de l'assuré, l'Office AI Berne a rendu, le 21 octobre 2014, une décision formelle confirmant son préavis du 8 janvier 2014.

C.

Par acte du 21 novembre 2014, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a interjeté recours contre la décision du 21 octobre 2014 précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et à ce qu'il soit ordonné à ce dernier de mettre en place un reclassement professionnel, ou, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de tel degré et dès telle date à dire de justice. Le 17 décembre 2014, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire et la nomination de son mandataire en qualité d'avocat d'office.

Dans son mémoire de réponse du 28 janvier 2015, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité.

Par réplique du 4 mars 2015 et duplique du 30 mars 2015, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

Le 14 avril 2015, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires. Sur demande du juge instructeur, il a enfin, par courrier du 20 avril 2016, fait savoir au Tribunal que l'assurance protection juridique du recourant avait refusé toute prestation en rapport au présent litige.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 21 octobre 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le droit du recourant à une rente d'invalidité. Il est principalement allégué que la problématique cardiaque du recourant n'a pas suffisamment été prise en compte par l'intimé.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est en principe 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], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] 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]). Toutefois, l'objet de la contestation, la décision de l'intimé du 21 octobre 2014, porte uniquement sur le refus de rente d'invalidité, au motif que le taux minimal d'invalidité n'est pas atteint. Dès lors, dans cette mesure, les motifs et conclusions visant des mesures de réadaptation professionnelle excèdent l'objet de la contestation précité et ne peuvent faire partie de l'objet du litige devant le TA (ATF 125 V 413 c. 2a). Le recours est ainsi uniquement recevable en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'autorité précédente ou à l'octroi d'une rente d'invalidité. Pour le surplus, il est irrecevable.

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.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste dans 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).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

2.3 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces

revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). Pour une évaluation correcte de l'invalidité selon la méthode de la comparaison des revenus, il est indispensable de déterminer avec soin et de manière concrète les montants et pourcentages à prendre en compte et de documenter les données y relatives, afin que la personne assurée puisse connaître les bases économiques sur lesquelles l'administration s'est fondée pour arriver à un certain degré d'invalidité (ATF 114 V 310 c. 3a; VSI 1998 p. 255 c. 3a).

2.4 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 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 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.

3.1 L'Office AI Berne retient dans la décision entreprise, principalement sur la base de l'appréciation médicale de son SMR, que le recourant est capable de travailler dans une activité légère permettant de changer de position. En procédant à une comparaison des revenus sans et avec invalidité, il considère que le degré d'invalidité se monte à 19%, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente. Dans son acte de recours du 21 novembre 2014, le recourant reproche principalement à l'intimé de n'avoir pas suffisamment tenu compte de la problématique cardiologique et produit de nouveaux rapports médicaux à l'appui de ses allégations. Il fait valoir en substance que le SMR n'a pu se prononcer que sur un dossier médical arrêté au 3 février 2014, alors même, d'une part, que la problématique cardiaque a évolué défavorablement depuis lors et, d'autre part, qu'il s'agit d'une maladie coronarienne inhabituellement progressive et très évolutive depuis 2007. En particulier, il déplore que le calcul de la perte de gain effectué par l'intimé ne prenne pas en compte les éléments de fatigabilité et d'essoufflement mis en évidence par le médecin cardiologue traitant. Il reproche également l'absence de prise en compte de la problématique psychiatrique évoquée par ce même médecin. Dans sa réponse au recours du 26 janvier 2015, l'intimé se base principalement sur une nouvelle prise de position de son SMR sur les nouveaux rapports médicaux pour conclure au rejet du recours, considérant en substance que la situation décrite dans lesdits rapports est semblable à celle qui prévalait avant la décision entreprise et que les capacités du recourant ont suffisamment été prises en compte dans le cadre du calcul du taux d'invalidité.

Invité par le juge instructeur à faire savoir s'il entendait maintenir son recours, le recourant a répliqué le 4 mars 2015 en déclarant maintenir son recours et a joint à son écrit un nouveau rapport médical de son médecin cardiologue traitant. A ce stade, il demande à l'Office AI Berne la mise en

place de mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates, sans évoquer son éventuel droit à une rente d'invalidité.

3.2 Ainsi que déjà énoncé ci-avant (voir c. 1.2), le seul objet de la contestation devant le TA consiste en la décision du 21 octobre 2014 de l'intimé qui nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. Or, en l'espèce, il apparaît que le recourant prétend davantage à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle qu'à une rente d'invalidité (voir en particulier la réplique du 4 mars 2015). Se pose en conséquence la question de savoir si, représenté qui plus est par un mandataire professionnel, il entend véritablement (et toujours) contester la décision de l'intimé du 21 octobre 2014, dans la mesure où ses prétentions excèdent l'objet de la contestation. Dans la mesure où le recourant a formellement conclu à l'annulation de la décision attaquée et a formulé des griefs à son encontre, on peut admettre qu'il a implicitement également contesté le refus de rente, de sorte qu'il convient d'examiner si la décision attaquée est conforme au droit concernant les griefs soulevés (principe d'allégation; voir en particulier ATF 119 V 347 c. 1a).

4.

4.1 Comme relevé, le rapport du 28 août 2014 (dossier [dos.] AI 86) rédigé par la Dresse C. _____, spécialiste FMH en médecine interne, du SMR, est, principalement, à la base de la décision de l'intimé. Dans ce rapport, le médecin du SMR a collecté et résumé les informations médicales disponibles jusqu'au 19 août 2014 et a retenu que les diagnostics de statut après une stabilisation Dynesys L4/L5 sur base de discopathie L4/L5 et de statut après un triple pontage coronarien réalisé le 3 février 2014 avec un passé comprenant un infarctus (2007) et la pose de plusieurs stents ont une conséquence sur la capacité de travail du recourant. Il est également relevé, toutefois sans que cela n'ait d'impact sur la capacité de travail, l'existence de douleurs lombaires chroniques traitées par infiltrations. Au terme de son examen du dossier, le médecin mentionne que les travaux lourds sont proscrits et définit les contours d'une activité professionnelle encore exigible du recourant. Ainsi, une activité

professionnelle dans laquelle ce dernier n'aurait à porter que des charges n'excédant pas cinq kilos (10 kilos à raison d'au maximum cinq fois par heure) serait accessible au recourant, à temps plein et sans limitation de rendement. Elle précise encore que l'activité ne devrait pas nécessiter de se pencher longuement (plus de 15 minutes à la suite), de travailler le dos courbé ou au-dessus de la tête.

4.2 Les rapports médicaux joints au recours mettent en évidence la réalisation en 2014 de nouvelles interventions (coronarographies) relatives à la maladie coronarienne du recourant (voir PJ 2-7 ainsi que le rapport médical du 23 février 2015). En ce qui concerne la capacité de travail de ce dernier, au demeurant parfaitement revascularisé (voir PJ 6), le cardiologue traitant retient, dans ses courriers des 14 novembre 2014 (PJ 7) et 23 février 2015, une fatigabilité et un essoufflement à l'effort qui limiteront la reprise d'un travail sur les chantiers, qui paraît inenvisageable. Le même médecin conseille un reclassement professionnel dans une activité physique légère, voire modérée. Ainsi que la médecin du SMR (qui a également rédigé l'appréciation médicale du 28 août 2014 [voir ci-avant c. 4.1]) l'a relevé dans sa prise de position au recours, un tel profil d'activité professionnelle correspond au profil d'exigence qu'elle avait déjà retenu précédemment, soit une activité dans laquelle le recourant ne doit pas porter de charges lourdes ni travailler durablement dans certaines positions (voir ci-avant c. 4.1). Ainsi, s'il faut en effet considérer le fait que le recourant a subi deux nouvelles interventions médicales courant 2014, même son cardiologue traitant ne semble pas remettre en question le profil d'exigence retenu par la médecin du SMR. Par ailleurs, quant à l'existence d'une pathologie psychiatrique ou d'ordre psychique, on relèvera que c'est également le cardiologue traitant qui évoque ce point dans son rapport du 14 novembre 2014 (PJ 7), tout en conseillant la mise sur pied des mesures de reclassement professionnel précitées. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que la pathologie psychiatrique alléguée n'a, si tant est qu'elle existe (voir en particulier la prise de position de la médecin du SMR à ce propos), pas d'influence sur la capacité du recourant à effectuer une activité professionnelle correspondant au profil d'exigence proposé.

4.3 Il ressort de ce qui précède qu'il n'y a pas de raisons de s'écarter de l'appréciation convaincante, précise et bien documentée (voir ci-avant 2.4), effectuée par la médecin du SMR. Du reste, le recourant ne semble pas véritablement remettre en cause cette appréciation, dans la mesure où il prétend à des mesures de reclassement professionnel dans un profil d'activité qui correspond à celui retenu par le SMR.

5.

Le recourant conteste ensuite le calcul de la perte de gain effectué par l'intimé, motif donné qu'il ne prendrait pas en considération les éléments de fatigabilité et d'essoufflement mis en évidence par le cardiologue traitant.

5.1 C'est à raison que l'intimé a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour le calcul de la perte de gain liée à l'invalidité, dès lors qu'il ne fait aucun doute que le recourant travaillerait à temps plein s'il était en bonne santé. Dans ce contexte, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2011, et non 2012 comme l'a à tort considéré l'intimé (ATF 129 V 222). En effet, un droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations AI (février 2011), soit à partir d'août 2011 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), et il ressort du dossier que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 24 août 2010 (dos. AI 28/3; art. 28 al. 1 let. b LAI).

5.2 Selon les informations fournies par l'employeur du recourant, son revenu était de Fr. 68'731.- en 2011 (dos. AI 10/2). Quant au revenu d'invalidé, il convient de se référer aux salaires statistiques. Ainsi, compte tenu de l'activité médicalement exigible (voir ci-avant c. 4), l'on peut se référer à la moyenne statistique que représente la valeur "total", hommes, activités simples et répétitives de la table TA1 2010 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), indexée à l'année de référence 2011 (ATF 139 V 28 c. 3.3.2 et références). On obtient ainsi un revenu hypothétique d'assuré valide de Fr. 61'858.- (Fr. 58'812.- [Fr. 4'901.- x 12 selon TA1 2010] x 124,5/123,4 [indexés selon T1.93, indices des salaires nominaux, hommes 2010: 123,4

et 2011: 124,5; ATF 129 V 408], à savoir Fr. 59'336.- à adapter selon le facteur 41,7/40 heures par semaine eu égard à la durée normale du travail en 2011, par rapport à la valeur standardisée de 40 heures par semaine servant de base à l'ESS [ATF 126 V 75 c. 3b/bb]; voir les tables toutes accessibles à partir du site internet de l'OFS, thème 03-travail, rémunération). L'écart minime (d'ailleurs à l'avantage de l'assuré) entre ce résultat de Fr. 61'858.- et les Fr. 62'420.- calculés par l'Office AI Berne s'explique par des différences d'arrondissements et de tables d'indexation, ainsi que par l'année de l'indexation (2011 ou 2012). Il faut ensuite tenir 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; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). En l'espèce, il n'y a pas lieu de définir de façon exacte l'abattement à retenir dès lors que même avec un abattement de 25%, soit le maximum autorisé, le taux d'invalidité du recourant resterait inférieur à 40%. En effet, avec un tel abattement, le revenu d'invalide se monterait à Fr. 46'393.- (Fr. 61'858.- x 75%) et la différence avec le revenu de valide s'élèverait à Fr. 22'337.- (Fr. 61'858.- – Fr. 46'393.-), ce qui conduit à un degré d'invalidité de 33% (Fr. 22'337.- / Fr. 61'858.- x 100), qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

5.3 On mentionnera encore que le recourant ne peut alléguer que le calcul de la perte de gain effectué par l'intimé ne prend pas en considération sa fatigabilité et son essoufflement à l'effort. En effet, le cardiologue relève ces éléments dans le cadre d'un travail de chantier,

mais ne mentionne nullement de telles limitations en cas de reclassement professionnel dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'abattement de 10% retenu par l'intimé prend en compte le profil exigible professionnel particulier du recourant.

5.4 Il résulte de ce qui précède que le recours, dans la mesure où il est recevable, doit être rejeté, le recourant ne remplissant pas les conditions légales pour bénéficier d'une rente d'invalidité.

6.

6.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.-.

Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés à Fr. 700.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

6.2 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

6.2.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

6.2.2 En l'espèce, au vu de la situation personnelle des époux (SVR 2011 IV n° 22 c. 5), des pièces produites, de la jurisprudence (par ex.: ATF 122 I 5 c. 4a; SVR 2009 UV n° 12 c. 4.1; RAMA 2000 p. 154 c. 2) et des directives (Circulaire n° 1 du 25 janvier 2011 de la section civile de la Cour

suprême et du Tribunal administratif du canton de Berne et Circulaire n° B1 du 1^{er} avril 2010 de l'autorité de surveillance en matière de poursuite et faillite, accessibles à partir de www.justice.be.ch), il apparaît que les dépenses dépassent le revenu du couple. En effet, une partie des charges mensuelles qui peuvent être prises en compte, soit: minimum vital du couple majoré [Fr. 2'210.-], intérêts hypothécaires [Fr. 564.-], assurances maladies [Fr. 336.- et Fr. 361.-], impôts payés en 2014 [Fr. 300.-], ainsi que les charges de l'immeuble [Fr. 250.-, certains postes n'étant pas déductibles] atteignent un total de Fr. 4'021.- alors même que le revenu du couple (indemnités journalières versées à l'épouse) atteint Fr. 4'001.60. Si l'on ajoute les charges liées à l'enfant encore à charge des époux, soit un montant de Fr. 780.- à titre de minimum vital majoré ainsi que Fr. 243.- pour l'assurance maladie de base, le montant mensuel des charges de la famille s'élève à Fr. 5'044.-, alors même que le revenu de la famille est alors augmenté du salaire du fils, en apprentissage, de Fr. 750.-, pour atteindre Fr. 4751.60. Dans les deux cas, il appert que les revenus ne dépassent pas les charges retenues, ce qui conduit à la réalisation de la condition formelle de l'assistance judiciaire.

6.2.3 En ce qui concerne la condition matérielle de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès, si bien qu'il faut considérer en l'espèce qu'elle est également réalisée.

6.2.4 Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat représentant le recourant est désigné en qualité de mandataire d'office.

La note d'honoraires du mandataire d'office du 14 avril 2014 se fonde sur le tarif applicable en la matière (honoraires: 9 heures à Fr. 200.-, débours: Fr. 449.- et TVA: Fr. 179.90; voir art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]). Elle ne prête dès lors pas à discussion.

6.2.5 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisantes (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. L'assistance judiciaire est accordée au recourant et Me B. _____ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. _____ sont taxés à Fr. 1'800.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 449.- et la TVA, soit Fr. 2'428.90 au total; la caisse du Tribunal lui versera cette somme au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

6. Le présent jugement est notifié (R):

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

Le président:

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).