

200.2014.853/931.AI

ANP/BEJ

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

**Jugement du 14 septembre 2015**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
P. Annen-Etique, greffière



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

contre

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

relatif à deux décisions de ce dernier des 30 juillet et 17 septembre 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1957, marié et père de trois enfants adultes, ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée (interruption de deux apprentissages). Après avoir travaillé pendant plusieurs années dans la branche horlogère (lavage, assemblage de pièces et conciergerie), il a été engagé en octobre 1991 à La Poste Suisse d'abord comme employé d'exploitation, puis a travaillé dans le service logistique dès novembre 2008. Licencié à fin février 2009 par son employeur en raison d'une restructuration interne, il a bénéficié par ce dernier pendant 12 mois d'un programme de placement externalisé n'ayant pas abouti et a de fait ensuite perçu des indemnités de l'assurance-chômage (AC), dont il s'est désinscrit le 14 octobre 2011. Par le biais de cette dernière, il a également suivi une formation rudimentaire dans la gestion technique d'immeubles. A titre accessoire, il a été engagé dans les années 1980 jusque vers 2010 comme organiste auprès d'une paroisse et a aussi effectué pendant quelques années à compter de 1997 des travaux de conciergerie. L'assuré perçoit l'aide sociale depuis décembre 2011 (pour tout ce qui précède: dossier [dos.] assurance-invalidité [AI] 1/4 ch. 6.5; 16/6-7 ch. 5.4; 21/4 et 8; 26/3 ch. 2; 70/2; 77/3; 88/1 ch. 6; 90.1/8-9; 175/9).

Annoncé en premier lieu à l'AI en raison d'une diminution de son acuité auditive, l'assuré s'est vu octroyer des moyens auxiliaires (MA) sous forme d'appareils acoustiques (voir décision et communication y relatives des 28 août 2001 et 12 novembre 2008). En date du 15 avril 2010 (formulaire réceptionné le 19 avril 2010), il a requis auprès de la même assurance des mesures professionnelles en invoquant des troubles de l'audition, des difficultés articulaires et des apnées du sommeil datant de plus de 10 ans.

**B.**

A réception de cette demande, l'Office AI Berne a notamment sollicité l'appréciation du généraliste traitant. Après s'être enquis de l'avis de son

service médical régional (SMR), le même office a informé l'assuré le 30 novembre 2010 qu'il envisageait de lui refuser une rente (degré d'invalidité de 17%). Malgré les objections de l'intéressé étayées par le résultat d'analyses attestant la présence chez lui d'une anomalie génétique, l'Office AI a confirmé son préavis par décision formelle du 10 février 2011. Un recours interjeté le 14 mars 2011 par l'assuré, représenté, contre ce prononcé et étayé par de nouveaux éléments médicaux, a été rayé du rôle du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) suite à la reconsidération par l'Office AI de sa décision contestée par prononcé d'annulation du 17 mars 2011 (JTA AI/2011/254 du 30 mars 2011). Le jour même de cette reconsidération, l'Office AI a sollicité l'appréciation du psychiatre de l'assuré, puis consulté le SMR par le biais de médecins généraliste et psychiatre. Un bilan des potentiels professionnel et médical (BPM) a été organisé du 20 juin au 15 juillet 2011 et une expertise psychiatrique ordonnée courant septembre 2011.

Un préavis du 23 janvier 2012 niant le droit à une rente (degré d'invalidité de 11%) a été entériné par décision du 22 mars 2012. Suite à son hospitalisation du 24 au 27 avril 2012 pour de multiples myalgies, l'assuré a subi en juillet 2012 des investigations neurologiques et radiologiques ayant révélé la présence d'une syringomyélie (développement d'une cavité au centre de la moelle épinière). Saisi d'un recours formé le 7 mai 2012 contre la décision précitée, le TA a pris acte des conclusions concordantes des parties tendant à son annulation et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire (JTA AI/2012/450 du 28 septembre 2012).

### **C.**

A nouveau saisi du dossier, l'Office AI a recueilli l'appréciation de la clinique neurologique spécialisée (C. \_\_\_\_\_) dans laquelle l'assuré a été hospitalisé du 20 novembre au 8 décembre 2012 en raison d'un syndrome douloureux gauche prononcé et de chutes récidivantes accrues sans étiologie claire. Sur recommandation de la généraliste du SMR, à laquelle ont encore été transmises diverses radiographies, l'intéressé a été adressé à une neurologue du SMR en vue d'un examen personnel.

En date du 20 décembre 2013, l'Office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui allouer une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (degré d'invalidité de 50%). Suite aux objections de l'intéressé, représenté, le même office a annulé sa préorientation et l'a remplacée par un nouveau préavis en date du 17 avril 2014 accordant une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013 sur la base d'un degré d'invalidité désormais estimé à 55%. L'assuré s'est opposé par son mandataire à ce nouveau prononcé provisoire en date du 27 mai 2014 et l'Office AI a invité le SMR à prendre position quant à ses griefs. Selon décision du 30 juillet 2014, le même office a statué sur le droit de l'assuré à prétendre une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 (degré d'invalidité de 55%), puis a rendu le 17 septembre 2014 une décision complémentaire quant à la période rétroactive d'octroi de la demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 (en soi déjà motivée avec la première décision et ainsi fondée également sur un degré d'invalidité de 55%).

#### **D.**

Par acte du 15 septembre 2014, l'assuré, par son mandataire, a porté le litige devant le TA en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 30 juillet 2014 de l'Office AI, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement au renvoi du dossier à l'office précité pour instruction complémentaire et nouvelle décision et, en tout état de cause, à l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice et à la dispense dès lors de fournir une avance de frais. Selon un courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2014, le recourant a de plus informé le TA que son recours interjeté le 15 septembre 2014 valait également à l'encontre de la décision complémentaire rendue le 17 septembre 2014 par l'Office AI. En date du 21 octobre 2014 et dans le délai prolongé à cet effet par la Juge instructrice, il a par ailleurs complété sa requête d'assistance judiciaire en produisant la formule idoine dûment complétée ainsi que diverses pièces justificatives.

L'intimé a renoncé le 24 novembre 2014 à présenter une réponse, se limitant à conclure au rejet du recours.

En date du 5 décembre 2014, le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires ainsi que copie d'un nouveau rapport médical que la Juge instructrice a transmis à l'Office AI pour information. Par la suite, l'assuré, par son représentant, a encore reçu une réponse à son courrier du 3 juin 2015 s'enquérant de l'état d'avancement de son dossier.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** Les décisions des 30 juillet et 17 septembre 2014 représentent l'objet de la contestation; elles ressortissent au droit des assurances sociales et accordent, respectivement, une demi-rente d'invalidité au recourant à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2014 ainsi que pour la période rétroactive courant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, également motivée avec la première décision. L'objet du litige porte sur l'annulation de ces décisions et l'octroi au recourant d'une rente entière d'invalidité prenant effet avant le 1<sup>er</sup> juillet 2013 et, à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans la mesure où le recours tendrait au vu du rapport médical du 27 octobre 2014 (fondé sur une consultation du 16 octobre 2014) produit devant le TA à ce que le Tribunal connaisse de situations de fait postérieures à la date déterminante des décisions attaquées, il dépasserait l'objet de la présente contestation (ATF 130 V 138 c. 2.1).

**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 et représentée par un mandataire dûment constitué, 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], 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 ainsi que 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.**

**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). 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Par cette nouvelle réglementation, les précédents principes de droit non écrits et, en particulier, la jurisprudence relative à l'exclusion des facteurs étrangers à l'invalidité et au principe de l'exigibilité sont désormais explicitement ancrés dans la loi (ATF 140 V 197 c. 6.2.1, 135 V 215 c. 7.3; Message concernant la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, FF 2005 p. 4285 ss; voir aussi ancien [anc.] art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

**2.2** 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative 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 (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

**2.3** 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

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).

**2.4** 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** Dans sa motivation commune à ses deux décisions contestées, l'intimé a estimé que l'exercice d'une activité adaptée était encore exigible du recourant dans une mesure de 50%, sans diminution supplémentaire du rendement. Pour déterminer cette capacité résiduelle de travail, l'Office AI s'est fondé sur les conclusions d'une neurologue du SMR ainsi que sur celles de l'expert psychiatre mandaté par ses soins. Le degré d'invalidité, et par là, le droit aux prestations, a ensuite été fixé en comparant un revenu statistique sans handicap dans la logistique et les tâches d'état-major (Fr. 63'153.- par an) avec un revenu statistique correspondant à une activité adaptée au handicap moyennant un abattement de 10% lié aux restrictions encourues (Fr. 28'229.- annuels). Sur la base du manque à gagner de 55% en résultant, l'intimé a alloué au recourant une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013 (à l'échéance du délai d'attente d'une année ayant couru dès le diagnostic connu de syringomyélie).

Pour sa part, le recourant se rallie à l'appréciation de la clinique neurologique spécialisée qui lui reconnaît une capacité de travail de 50 à

60% dans une activité adaptée assortie de nombreuses restrictions rendant son exercice possible uniquement en milieu occupationnel. Dès lors, il considère que sa capacité de travail est nulle ou pratiquement nulle dans une activité telle qu'offerte sur le marché libre de l'emploi, ce que confirmeraient également les diagnostics du SMR pris en compte dans leur globalité. Dans l'hypothèse où une capacité de travail économique devait néanmoins lui être reconnue, l'assuré se prévaut de l'abattement maximal de 25% sur son revenu d'invalidé et conclut à une réévaluation de son salaire sans handicap en fonction des allocations et primes dont il bénéficiait dans son dernier emploi. Enfin, il conteste le début du droit à la rente qu'il estime antérieur à celui arrêté par l'intimé, à mesure que l'affection génétique qu'il présente serait nécessairement plus ancienne.

## **3.2**

**3.2.1** Sur le plan somatique et s'agissant des diagnostics influençant la capacité de travail, le SMR, par le biais d'un généraliste FMH, a initialement retenu une surdité bilatérale et des crampes d'origine indéterminée du membre supérieur gauche datant de 2010 - en précisant encore que le généraliste traitant imputait les absences fréquentes au poste de travail à des raisons essentiellement sociales ou réactionnelles à une surcharge psychique. A l'instar de ce confrère, le médecin du SMR définissait un profil d'exigibilité portant sur un emploi à 80% dans un environnement non bruyant et n'impliquant pas de charges de plus de 20 kg, ni de travaux requérant une forte concentration (rapport AI du 6 juillet 2010 du généraliste traitant y compris annexes; rapport du 7 octobre 2010 du SMR). Nonobstant l'anomalie génétique diagnostiquée par un centre hospitalier universitaire (D.\_\_\_\_\_]; microdélétion hétérozygote du bras court du chromosome 16 en 16p11.2), ayant par la suite amené le généraliste traitant à attester une capacité résiduelle de travail réduite à 50%, le SMR a confirmé le 8 février 2011 le profil d'exigibilité prédécrit, au motif que l'assuré avait pu exercer une activité professionnelle adaptée jusqu'à son licenciement pour raisons économiques (dos. AI 32/2-3; 34/2; 41/2-5). Pour sa part, le généraliste traitant a encore précisé que l'assuré n'avait pu poursuivre cette activité lucrative qu'en raison du régime spécial aménagé par l'employeur et que

l'on ne pouvait ainsi se référer à une activité dans l'économie libre pour apprécier sa capacité de travail. Lors du BPM organisé sur les conseils du SMR (dos. AI 50/3), une doctoresse généraliste FMH dudit service médical a rencontré l'assuré lors des entretiens d'entrée et de fin de mesure professionnelle en date des 21 juin et 14 juillet 2011. Dans son rapport médical y consécutif du 24 août 2011, cette généraliste a fait état d'un status après opération du genou (ligaments croisés) et d'un surpoids rendant inexigible un travail lourd, mais a estimé que l'assuré ne subissait aucune limitation de temps ou de rendement dans un travail léger à moyennement lourd (jusqu'à 20 kg) et pas trop intellectuel. Sans répercussions sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué des apnées obstructives en l'état appareillées, une surdité également traitée par des dispositifs idoines, des douleurs et crampes sans explication organique sur le côté gauche, surtout au niveau du bras et de la hanche, une humeur un peu déprimée mais pas de manière constante, un raccourcissement du chromosome 16p11.2 selon les résultats de laboratoire, ainsi que des éléments subjectifs rapportés d'agressivité et de grande fatigue. Ces conclusions ont été renouvelées, respectivement intégrées dans le rapport du BPM du 2 septembre 2011.

**3.2.2** Suite à son admission du 24 au 27 avril 2012 dans un hôpital régional (E.\_\_\_\_\_) qui a diagnostiqué un syndrome polyalgique chronique d'origine indéterminée et aux examens neurologiques y consécutifs en juillet 2012 dans un hôpital cantonal (F.\_\_\_\_\_) ayant révélé la présence d'une syringomyélie, la généraliste précitée du SMR a requis et examiné le dossier radiologique complet de l'assuré, puis sollicité un examen médical auprès d'une neurologue du SMR (dos. AI 96/22-25; 102/4-7; 104/3-5; 120; 139/1). Dans son rapport y relatif du 27 septembre 2013, cette nouvelle spécialiste a retenu comme diagnostic influençant la capacité de travail une syringomyélie à la hauteur C5 jusqu'à Th4 associée à un syndrome douloureux neurogène chronique, un niveau suspendu ainsi qu'une discrète spasticité et, sans répercussions sur la capacité de travail, une microdélétion du bras court du chromosome 16, une dysmorphie clinique, de l'adiposité, un trouble de l'apprentissage et de la parole, une surdité, une anamnèse familiale positive, une polyneuropathie mixte démyélinisante avec accentuation à gauche et crampes musculaires

douloureuses, des épisodes dépressifs récidivants, des apnées du sommeil appareillées, des chutes répétées suite à des trébuchements dans le cadre de la syringomyélie et la polyneuropathie, ainsi qu'une surdité bilatérale de l'oreille interne avec appareillage acoustique des deux côtés. D'après elle, la description des maux apparaît crédible et le résultat de l'examen clinique compatible avec la présence neuroradiologique d'un syrinx (sorte de cavité). La neurologue du SMR estime que la couverture médicamenteuse est suffisante sous réserve d'une prise plus conséquente d'antidépresseurs propre à améliorer l'humeur, mais souligne une compliance médicamenteuse insatisfaisante d'après les contrôles de laboratoire effectués. Tout en relevant les faibles ressources disponibles chez l'assuré, elle conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité corporelle légère essentiellement assise et sans exigences élevées quant aux capacités cognitives et la motricité fine. Dans l'intervalle, le généraliste traitant a quant à lui estimé que la syringomyélie rendait impossible une quelconque activité professionnelle, alors que la clinique neurologique spécialisée où l'assuré a séjourné du 20 novembre au 8 décembre 2012 a attesté une capacité de travail de 50 à 60% en milieu protégé et ce, sur la base d'un tableau clinique pratiquement identique à celui évoqué par la neurologue du SMR (hormis une dystonie dans la partie gauche du corps retenue en sus; voir rapport AI de cette clinique du 25 février 2013; au surplus: dos. AI 102/3; 121/4-5; 128/2-10).

**3.2.3** Dans son évaluation du 30 septembre 2013 intégrant les derniers éléments médicaux ci-dessus y compris le résultat de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 25 juillet 2012 auprès de l'hôpital cantonal ayant révélé la syringomyélie, la généraliste du SMR a émis quelques réserves à l'égard de l'appréciation de la clinique neurologique spécialisée concernant ce nouveau diagnostic vu l'absence en l'espèce des symptômes types de celui-ci, de la polyneuropathie de démyélinisation axonale mixte étant donné les réflexes normaux constatés, ainsi que des douleurs remontant à plus de 20 ans et dont l'importance serait ici contredite par la médication relativement faible prise à cet effet. Cette même doctoresse précisait en outre que les chutes récidivantes décrites par l'assuré pouvaient être compatibles avec un surplus de consommation d'alcool, lequel n'avait certes pas été confirmé par les derniers tests

sanguins, mais dont on ignorait s'il était avéré en 2010 ou 2011. Les modifications constatées d'un point de vue neurologique (réflexes, clonus) traduiraient néanmoins une péjoration de la situation médicale ne pouvant être datée précisément, mais qui serait intervenue après le BPM au plus tôt en juillet 2012. Le 22 janvier 2014, le généraliste traitant a confirmé l'incapacité de travail à 100% attestée précédemment, précisant encore que l'état de santé de son patient allait en se dégradant et que des interventions chirurgicales avaient été réalisées au cours des derniers mois (opération du genou droit en 2013). Se prononçant suite aux objections formulées à l'encontre de la préorientation du 17 avril 2014, le SMR, par sa généraliste, a contesté que la syringomyélie puisse expliquer les douleurs présentes, dès lors que celles-ci existaient depuis des années et que la neurologue du SMR n'avait en sus attesté qu'une légère spasticité. Si le profil d'exigibilité de cette spécialiste se basait ainsi essentiellement sur l'IRM, et non sur son propre examen clinique, la généraliste du SMR indiquait néanmoins ne pouvoir s'en écarter vu son absence de spécialisation en neurologie (rapport du 4 juillet 2014).

### **3.3**

**3.3.1** Du point de vue psychiatrique, le généraliste traitant a initialement posé le diagnostic «F33» selon l'ICD-10 (classification internationale des troubles psychiques) correspondant à un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuellement léger, et fait état d'un traitement médicamenteux antidépresseur ainsi que d'un suivi auprès d'un psychiatre depuis plusieurs années (rapport du 6 juillet 2010, ch. 1.1 et 1.5). Le diagnostic précité n'a plus été évoqué par ce médecin dans son rapport ultérieur du 4 mars 2011. Par la suite, l'assuré a consulté un médecin psychiatre qui a attesté, dès sa première consultation le 7 mars 2011, une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée en raison d'un trouble dépressif majeur récurrent générant une fatigabilité ainsi qu'une altération de l'attention et de la concentration (dos. AI 42/2). Dans son rapport AI du 23 mars 2011, ce spécialiste a détaillé la symptomatologie observée sous forme d'un état de tristesse, de culpabilisation, d'irritabilité, de sommeil agité, de fatigue matinale, de perte de goût aux choses de la vie et d'idées suicidaires répétées depuis plusieurs mois. Il a indiqué avoir maintenu la médication

antidépessive instaurée par le généraliste traitant et a émis un pronostic très réservé vu l'absence, selon lui, de mesures médicales propres à réduire les restrictions psychiques encourues. En date du 7 novembre 2011, le même psychiatre a encore précisé qu'un nouveau traitement médicamenteux avait sensiblement amélioré l'état de santé psychique, mais qu'une reprise du travail même à temps partiel ne pouvait être envisagée qu'avec des mesures d'accompagnement et de réadaptation professionnelle.

Dans l'intervalle, le 17 mai 2011, un psychiatre du SMR a contesté l'incapacité de travail à 100% postulée précédemment par le psychiatre traitant vu l'absence de limitations cognitives propres à étayer un épisode dépressif sévère, mais a jugé qu'une expertise psychiatrique pouvait s'avérer souhaitable. La généraliste du SMR consultée lors du BPM a également recommandé de telles investigations et ce, bien que le recourant ne se soit rendu chez un psychiatre qu'après que l'AI lui eut signifié un refus de rente (en date alors du 10 février 2011, c. B supra) et n'ait pas pris de médication psychiatrique importante (dos. AI 77/6).

**3.3.2** Dans leur expertise du 29 décembre 2011, le médecin psychiatre mandaté par l'AI ainsi qu'une psychologue FSP ont diagnostiqué selon le DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne (ainsi souligné dans le rapport d'expertise), une personnalité frustrée avec quelques traits obsessionnels et une intelligence limite, ainsi qu'un licenciement de La Poste et une insécurité professionnelle. D'après leurs constatations appuyées par les symptômes peu significatifs décrits par le généraliste traitant, aucun élément ne permet de justifier un état dépressif majeur et le qualificatif de récurrent retenu par certains confrères s'avère abusif. Il se serait en réalité agi d'un trouble de l'adaptation lié à une situation sociale et professionnelle délicate. Dans ce contexte, les experts mentionnent le résultat des tests psychométriques qu'ils ont pratiqués sur l'assuré et la très mauvaise concordance qui en résulte entre les tests d'hétéro-évaluation (hamilton 17 [dépression] et hamilton anxiété) et ceux d'auto-évaluation (beck 21 [dépression], questionnaire C.D. Spielberger & Al., SCL [symptom check-list]-90R), ces derniers étant globalement surcotés.

Ils soulignent au surplus que leur propre examen clinique a mis en évidence une baisse légère de l'humeur, des difficultés occasionnelles à se mettre en route, un sentiment de faiblesse et une forte émotivité, en l'absence donc de toute comorbidité psychiatrique. Eventuellement admettent-ils un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère du 7 mars au 20 juillet 2011 au plus tard eu égard aux symptômes décrits par le psychiatre traitant dans son rapport du 23 mars 2011 (voir c. 3.3.1 supra), lequel trouble aurait cependant suivi une évolution favorable grâce au traitement médicamenteux instauré, dans un second temps, par ce confrère. De leur propre avis toujours, le rapport du BPM établi le 2 septembre 2011 fait état d'un sujet ayant assumé en grande partie les contraintes de cette mesure d'évaluation et les éléments comportementaux longuement développés à cette occasion vont à l'encontre d'un état dépressif majeur persistant. Dans leurs conclusions finales, les experts ont estimé que la capacité de travail du recourant oscillait éventuellement entre 0 et 50% du 7 mars au 20 juillet 2011, mais qu'elle s'élève en tout cas à 100% depuis le 21 juillet 2011. Quant au pronostic, il serait avant tout conditionné par une problématique sociale et professionnelle vu l'âge de l'assuré, son intelligence limitée et le fait qu'il a toujours travaillé au sein de la même entreprise, dans une activité simple et répétitive - tous paramètres confondus rendant objectivement difficile une réinsertion professionnelle.

**3.3.3** En date du 15 février 2012, le généraliste traitant a pour sa part précisé que l'état psychique de son patient constituait progressivement la problématique principale. Dans un ultime rapport du 20 février 2012, le psychiatre ayant jusqu'alors suivi l'assuré a confirmé son diagnostic d'un trouble dépressif majeur récurrent et la persistance de troubles de l'attention et de la concentration rendant en l'état inexigible une activité lucrative. L'hôpital régional a quant à lui posé le 30 avril 2012 le diagnostic secondaire d'un état anxio-dépressif décompensé sans idées suicidaires dans un contexte de difficultés psychosociales importantes, retenant encore que ce trouble était très marqué chez un patient se disant «à bout» et en détresse en raison de douleurs sans étiologie claire devenant insupportables. Sur la base de sa première et unique consultation du 12 avril 2012, le nouveau psychiatre de l'assuré a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (ICD-

10 F43.22) entravant en l'état à 50% la capacité de travail dans une activité manuelle simple. A son avis, la complexité des tâches professionnelles à effectuer représente une limitation fonctionnelle au plan psycho-cognitif, de sorte qu'un emploi dans un milieu adapté à ce handicap tel que celui exercé en dernier lieu permettrait, cas échéant, d'améliorer progressivement la capacité de travail. Il a néanmoins encore précisé que son unique consultation du 12 avril 2012 a été en très grande partie occupée par les plaintes du patient et de son épouse à l'égard de l'AI et qu'en l'absence d'un véritable examen médical, ses conclusions ne reflètent que sa propre impression clinique (dos. AI 96/20-21). La clinique neurologique spécialisée a quant à elle évoqué à l'issue d'un bilan neuropsychologique détaillé un ou plusieurs épisodes dépressifs de degré modéré avec labilité affective (rapports y relatif des 7 et 10 décembre 2012). Dans son rapport AI du 25 février 2013 se référant à la même période d'hospitalisation, la clinique précitée a fait mention d'éléments en faveur d'un épisode dépressif sévère avec labilité affective, évoquant au surplus de légères limitations cognitives (attention, mémoire, fonctions d'exécution) pouvant être conditionnées par l'humeur dépressive marquante et s'étant intensifiées depuis trois ou quatre mois.

#### **4.**

Entière valeur probante peut être reconnue aux appréciations médicales qui étayent la décision de l'intimé.

#### **4.1**

**4.1.1** S'agissant en premier lieu de l'aspect psychiatrique, l'évaluation rendue par l'expert mandaté sur ce plan par l'AI, lequel s'est en outre adjoint en vue de celle-ci les services d'une psychologue FSP qui a également participé à la rédaction du rapport d'expertise, s'avère complète et convaincante. Le recourant n'a d'ailleurs soulevé aucun grief spécifique à son encontre et ce, à bon droit d'ailleurs. En effet, l'anamnèse, les diagnostics posés, les constatations qu'elle contient et les conclusions relatives à l'état de santé dénotent une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré. Il en découle un exposé clair des faits. La

qualification de l'expert psychiatre ne peut par ailleurs être mise en doute et ce dernier a procédé avec raison à l'examen de l'assuré, en présence d'un état de fait qui ne pouvait alors guère être considéré comme clarifié au plan psychiatrique et vu la particularité de ce domaine médical requérant en principe un contact médical personnel avec le patient. Ses conclusions sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes dans leur genèse. Tout au plus peut-on formellement reprocher à l'expert un certain illogisme lorsqu'il exclut tout diagnostic invalidant en tant que tel, mais atteste néanmoins de limitations qualitatives et quantitatives susceptibles d'influencer la capacité de travail, à savoir une fatigabilité au plan physique associée parfois à des difficultés d'attention et de concentration, une légère irritabilité, un sentiment d'agressivité et occasionnellement d'inutilité du point de vue psychique et mental et, sous l'angle social, une personnalité frustrée et un peu obsessionnelle sans grandes capacités d'adaptation (cpr. dos. AI 90.1/20 ch. 4.1.1 et 90.1/25 §B.1). En réalité, il ne fait qu'énumérer les symptômes rapportés au quotidien par le patient, sans que ceux-ci ne puissent à son sens toutefois être attribués à une affection psychique ayant valeur de maladie au sens de l'AI (dos. AI 90.1/21-27).

Pour justifier ses conclusions, l'expert psychiatre est de plus en mesure de s'appuyer sur le résultat des tests psychométriques qu'il a pratiqués avec une psychologue FSP et sur la tendance à la majoration ou à l'amplification des difficultés qui peut en être directement inférée chez l'assuré. Dans cette continuité, il a encore souligné que le test psychométrique Beck 21 réalisé par le service de génétique médicale du centre hospitalier universitaire a fait état au début 2011 d'un inventaire de dépression de 18 correspondant à une dépression tout au plus légère et que ce résultat était alors aussi contredit par les données au plan clinique et comportemental attestant de difficultés de concentration et à faire face à la situation actuelle, d'un sentiment d'inutilité, d'une irritabilité et agressivité envers les proches, de même que de changements d'humeur et d'un épuisement le soir accompagné d'une grande agitation selon les dires de l'épouse. Au surplus, l'expert psychiatre mandaté par l'AI a considéré que les examens du centre hospitalier universitaire réalisés par un docteur en psychologie et

une neuropsychologue, et non par un médecin psychiatre, en l'absence de tout examen clinique, ne permettaient de toute façon pas de conclure à un état dépressif majeur, mentionnant encore que l'inventaire de Spielberger (anxiété) pratiqué également par ce centre médical s'était révélé dans la norme.

**4.1.2** Certes, les conclusions de l'expert précité se fondent sur des examens pratiqués à fin octobre 2011 et la connaissance quant aux atteintes génétique et neurologique du recourant ont beaucoup progressé depuis lors, moyennant de surcroît certaines interactions possibles avec l'état de santé psychique. Postérieurement à l'expertise psychiatrique précitée, le psychiatre traitant a par ailleurs attesté une incapacité de travail à 100% dès le 20 février 2012 en réservant dans le même temps cependant une reprise à terme graduelle du travail, puis l'hôpital régional en avril 2012 et la clinique neurologique spécialisée à fin 2012/début 2013 ont, respectivement, diagnostiqué un état anxio-dépressif décompensé et un ou plusieurs épisodes dépressifs de degré modéré ou sévère avec labilité affective (dos. AI 92/8; c. 3.3.3). Aucune des sources médicales précitées ne rapporte cependant des éléments cliniques à proprement parler nouveaux par rapport aux conclusions antérieures au dossier médical, dont il ne pouvait déjà à l'époque pas être inféré une atteinte dépressive sévère. Tout au plus est-il désormais fait état de limitations cognitives accrues depuis octobre/novembre 2012 qualifiées encore toutefois de légères par la clinique neurologique spécialisée, laquelle n'explique au surplus pas les fluctuations dans son appréciation relative à la gravité (modérée ou sévère) des épisodes dépressifs diagnostiqués suite à l'hospitalisation de l'assuré dans ses services.

Au surplus et comme souligné dans l'expertise psychiatrique, les divergences d'appréciation avec le psychiatre consulté dès mars 2011, lequel continue d'attester un trouble dépressif majeur récurrent, s'expliquent par la différence de mandat entre les médecins traitants faisant par nature le postulat de sincérité de leur patient et l'expert ou les médecins spécialistes mandatés par l'AI et qui observent une situation avec des éléments plus objectifs que dans l'intersubjectivité du mandat thérapeutique (dos. AI 90.1/23). L'ancien psychiatre traitant consulté dès

mars 2011 a de plus quelque peu nuancé ses propres conclusions qui excluait au départ toute capacité résiduelle de travail et possibilité d'amendement thérapeutique, en réservant ensuite une réinsertion professionnelle et en rapportant certaines phases d'amélioration sensible de l'état de son patient sous médication antidépressive adaptée par ses soins (c. 3.3.1 supra). Quand bien même il n'a livré que ses impressions cliniques, le dernier psychiatre traitant a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, mais n'a pas considéré que les problèmes psychiques de l'assuré soient incompatibles avec une capacité de travail cas échéant supérieure à 50% dans un environnement professionnel adapté. Cette appréciation vaut d'autant plus qu'une meilleure compliance médicamenteuse est encore propre à améliorer certains symptômes dépressifs. En réalité, comme souligné à maints endroits du dossier médical (c. 3.2 et 3.3. supra), les difficultés psychiques s'expliquent en l'occurrence prioritairement par des facteurs étrangers à l'invalidité, à savoir une situation psychosociale impliquant un sujet à la personnalité frustrée et d'intelligence limitée, dont l'âge et l'absence de qualifications rendent une réinsertion professionnelle objectivement difficile. De fait, il y a lieu d'exclure une affection psychiatrique menant à une incapacité de travail, puisque la symptomatique dépressive diagnostiquée par l'expert psychiatre se confond avec les facteurs professionnels et sociaux défavorables (SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2; THOMAS LOCHER, *Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität*, in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, 2003, p. 253, ch. 8.1).

## **4.2**

**4.2.1** Sur le plan somatique en second lieu, en particulier neurologique, l'évaluation rendue le 27 septembre 2013 par le SMR s'avère également digne de foi. La spécialiste de ce service médical, dont la qualification en neurologie ne peut être mise en doute, a procédé à un examen personnel de l'assuré. Les conclusions de cette spécialiste sont bien détaillées, s'avèrent logiques et cohérentes. Les diagnostics qu'elle retient coïncident avec ceux posés par la clinique neurologique spécialisée, dont elle ne s'est écartée que pour nier chez l'assuré une dystonie dans la partie gauche du

corps au profit de simples crampes musculaires, à mesure que les muscles étaient comme à l'accoutumée distendus à son examen clinique et qu'un simple toucher dans le sens d'un geste antagoniste ne suffisait pas pour y remédier (dos. AI 144/3). La capacité de travail de 50% qu'elle atteste n'est pas non plus d'emblée inconciliable avec celle de 55% en moyenne reconnue par la clinique précitée en milieu occupationnel et qui est influencée par une problématique dépressive dont la portée doit être ici relativisée (voir c. 4.1.1 supra), par des limitations cognitives que cette même clinique qualifie néanmoins de légères ainsi que par des éléments (de fatigabilité) liés aux apnées du sommeil pourtant appareillées en l'état (dos. AI 126/5 ch. 1.7). Or, si l'on fait abstraction de ces aspects médicaux sans influence en soi sur la capacité de travail, le pensum résiduel de 50% attesté par la neurologue du SMR apparaît d'autant plus réaliste que les crampes ont pu être sensiblement améliorées par traitement médicamenteux (même si celui-ci n'a pas toujours été jugé optimal: dos. AI 102/6; 128/3), que les chutes sont désormais atténuées grâce à la physiothérapie (dos. AI 121/2-3) et que les autres données radiologiques que celles attestant la syringomyélie s'avèrent pour l'essentiel dans la norme. L'hôpital régional qui a connu l'assuré en période de myalgies aiguës n'a au reste pas non plus attesté d'incapacité de travail à 100% prolongée, mais limitée à une période de moins d'un mois (du 24 avril au 13 mai 2012; dos. AI 96/24).

Les conclusions du généraliste traitant présentent quant à elles un caractère peu différencié et intégré. Ce médecin a d'abord attribué la réduction de la capacité de travail (initialement à raison de 20%, puis 50% en milieu protégé) aux problématiques physiques et de dépression, puis à cette dernière devenue selon lui prépondérante, ainsi qu'à l'anomalie génétique (au sujet de laquelle il avait pourtant antérieurement affirmé qu'il ne pouvait quantifier les répercussions sur la capacité de travail; dos. AI 41/5), avant de motiver finalement une incapacité de travail entière à raison de la seule syringomyélie (c. 3.2.2 supra). Son appréciation ne tient pas compte du fait qu'une médication ciblée a déjà permis d'améliorer certains symptômes (c. 4.3.1 infra). Lorsqu'il évoque de plus un suivi psychiatrique de longue date chez son patient, il se réfère en réalité au traitement qu'il a lui-même prodigué en tant que généraliste. En effet, le

psychiatre consulté en mars 2011 a précisé avoir initialement maintenu la médication antidépressive instaurée par le généraliste et le SMR a fait mention d'une prise en charge au plan psychique ayant fait suite au précédent refus de rente AI du 10 février 2011 (c. 3.3.1 supra). Au-delà des nouveaux diagnostics mentionnés à son appui, l'appréciation de la capacité de travail n'est au surplus étayée par aucune observation clinique propre, ni par des indices tangibles d'une péjoration médicale. Tout au plus est-il fait mention de nouvelles interventions chirurgicales pratiquées au cours des mois ayant précédé la dernière évaluation du 22 janvier 2014 dudit généraliste, dont rien au dossier ne permet cependant d'inférer qu'elles auraient influencé négativement durablement la capacité de travail et qui ont en tout état de cause été prises en compte dans le profil d'exigibilité final du SMR (c. 4.3.1 infra).

**4.2.2** L'évaluation neurologique du SMR confortée par d'autres avis spécialisés au dossier revêt par conséquent une force probante supérieure à la seule appréciation réellement divergente d'elle qui émane du généraliste traitant. Elle est de surcroît étayée par des éléments de péjoration tangibles depuis les observations émises courant juillet 2012 par l'hôpital cantonal, en particulier une sensibilité au toucher réduite au niveau du bras droit, du pied gauche et au tiers de la jambe gauche vers l'arrière, un réflexe rotulien droit qui ne peut être provoqué (en lien avec le status consécutif à l'opération du genou droit) ainsi qu'un réflexe achilléen des deux côtés possible seulement avec des contractions (cloni) limitées (cpr. dos. AI 102/5 et dos. AI 144/2). Il ressortait au reste déjà des précédentes investigations neurologiques au dossier que les neuropathies au niveau central associées en principe à la syringomyélie expliquent chez l'assuré ses douleurs chroniques accentuées à gauche et que ses autres symptômes (dysmorphismes, adiposité, difficultés d'apprentissage et de langage, voire altérations psychologiques) sont imputables à la microdélétion 16p11.2 - sans que l'on puisse cependant attester à l'imagerie une interaction entre les affections neurologique et génétique (dos. AI 102/5). En tous les cas, l'IRM du cerveau et de la colonne vertébrale cervicale ainsi qu'une partie des électro-neuro-myogrammes (ENMG) pratiqués le 25 juillet 2012 appuient clairement les observations cliniques émises par la neurologue du SMR (dos. AI 102/5; 139/1;144/1;

145/3), en ce sens que les modifications dégénératives du rachis dont font état ces examens et qui ont pu elles-mêmes entraîner des altérations des liquides, de la circulation et de la pression sont susceptibles d'expliquer le syrinx présent chez l'assuré (dos. AI 102/5; 139/1; 144/1; 145/3).

En tout état de cause, tant le centre hospitalier universitaire sur la base d'un examen neuropsychologique que la clinique neurologique spécialisée à l'issue de bilans à la fois neurologique et neuropsychologique ont attesté en lien avec l'affection génétique des difficultés dans les domaines pratique bucco-linguo-facial ainsi que langagier (oral et écrit) contribuant probablement à une fatigabilité importante réactive elle-même aux environnements bruyants et à l'état thymique, des difficultés d'apprentissage, un dysmorphisme, de l'adiposité ainsi qu'une surdité (dos. AI 32/2; 41/4; 121/4 ch. 2; 126/2 ch. 1.1/2; 128/5 ch. 2). La clinique précitée a de plus estimé que la syringomyélie est à l'origine du syndrome douloureux neurogène chronique dans les extrémités gauches depuis 20 ans et des crampes intermittentes douloureuses, surtout en cas d'effort, à la main et au pied gauches, se distançant des conclusions de la neurologue du SMR uniquement quant au diagnostic de dystonie retenu dans ce contexte (c. 4.2.1 supra; dos. AI 121/4 ch. 1; 126/2 ch. 1.1/1; 128/2 ch. 1; 128/5 ch. 1; 128/8). On ne saurait de surcroît perdre de vue qu'avec l'âge, les troubles cognitifs deviennent de plus en plus difficiles à compenser, ainsi qu'en atteste leur accroissement subjectif par rapport aux précédentes investigations neurologiques en 2010 (dos. AI 102/6).

### **4.3**

**4.3.1** Au surplus, il ne peut non plus être dénié valeur probante à l'appréciation de la généraliste du SMR qui, au fil de ses évaluations, restitue les sources médicales versées au dossier AI, en fait la synthèse, puis les soumet à discussion tout en veillant au final à nuancer ses conclusions lorsque les avis médicaux attestent d'une spécialisation (hormis celle en médecine générale) qu'elle ne possède pas elle-même. Ainsi se rallie-t-elle aux conclusions de la neurologue mandatée au sein du SMR, après avoir émis certaines réserves quant au diagnostic de syringomyélie retenu par cette consœur vu l'absence de symptômes cliniques autres qu'une légère spasticité et les douleurs anciennes sans

pathogénèse claire n'ayant antérieurement pas empêché l'assuré de travailler. En tout état de cause, elle admet néanmoins que le tableau clinique dressé par sa consœur atteste d'une péjoration clinique par rapport aux conclusions retenues par la clinique neurologique spécialisée, respectivement par un précédent neurologue consulté en mai 2010 (dos. AI 22/8-11) et ce, tant au niveau des réflexes (rotuliens) que des clonus (achilléens; c. 3.2.3 supra). Sans pouvoir la dater précisément, elle situe à l'instar de sa consœur neurologue vers juillet 2012 (au plus tôt) cette évolution au plan clinique.

Dès lors que le dossier médical renseignait à satisfaction quant aux autres problématiques médicales et leur suivi, la généraliste du SMR pouvait au surplus se passer d'un examen personnel de l'assuré (art. 49 al. 1 phr. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]); TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Ainsi, la surdité bilatérale de ce dernier est-elle en l'état appareillée, les apnées du sommeil traitées par un dispositif respiratoire ainsi que le genou droit opéré et sans autres particularités, excepté des réflexes empêchés ou limités (dos. AI 144/2). Si elle ne l'a pas examiné à cette occasion, la généraliste du SMR s'est de surcroît entretenue à deux reprises avec l'assuré lors de son BPM, et a par ce biais pu actualiser certaines données anamnestiques (dos. AI 77/2-5). A l'aide de tests sanguins, elle s'est de plus assurée qu'une problématique d'alcool, semble-t-il avérée dans le passé, n'interférait plus dans le tableau clinique - ce que l'expert psychiatre avait également exclu lors de son expertise (absence d'un foetor éthylique; dos. AI 90.1/17-18). Le profil d'exigibilité final du SMR, qui se calque sur les restrictions attestées au plan neurologique, intègre au surplus les autres limitations (surpoids, genou droit) faisant obstacle à un travail lourd, sans retenir de réduction supplémentaire de rendement dans le pensum résiduel de 50% fixé dans ces limites. Selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales, ATF 138 V 218 c. 6), rien ne justifie dès lors de s'écarter de ces exigences qui sont définies de manière concrète et apparaissent donc réalistes. Certes, l'intelligence du recourant se situe à un niveau limite, mais est en grande partie compensée par des compétences accrues au niveau pratique, manuel et social (c. 4.3.2 infra). En tout état de cause, ni ses limitations

cognitives, ni ses autres atteintes au plan génétique et neurologique ne l'ont empêché d'exercer un emploi dans l'économie libre pendant de nombreuses années, de fonder une famille et d'avoir une vie sociale ayant même impliqué un engagement de longue durée en tant qu'organiste auprès d'une paroisse, de parler deux langues couramment, de conduire et d'acquérir des connaissances informatiques rudimentaires (dos. AI 77/3-6).

**4.3.2** Il reste cependant à examiner si l'assuré est en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail à 50% sur le marché libre de l'économie, dans un emploi tel que ceux répertoriés dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Certes, on ne peut d'emblée exclure que l'activité exercée auprès de La Poste intégrait une composante sociale, du moins dans les dernières tâches de logistique confiées, qui consistaient à lier et défaire des lots ainsi que vider les casiers de tri et n'impliquaient par ailleurs plus de travaux par équipes rotatives (dos. AI 26/4 ch. 2.7; 77/4). Il est également vrai que les efforts déployés de mars 2009 à fin février 2010 par une entreprise de placement mandatée par l'employeur n'ont pas abouti à un reclassement de l'assuré, pas davantage que les démarches de celui-ci dès mars 2010 auprès de l'AC (dos. AI 26/3 ch. 2.2; 77/3). Même si le profil d'exigibilité impose certaines contraintes, comme du reste tout descriptif hypothétique d'un emploi adapté aux handicaps, on ne saurait cependant prétendre que la capacité de travail reconnue à l'assuré, âgé de 57 ans au moment des décisions contestées, ne soit réellement plus recherchée sur un marché du travail équilibré. Ni l'experte neurologue du SMR, ni la généraliste de ce même service n'ont d'ailleurs assorti leur évaluation de la capacité de travail à des réserves de rendement ou d'exigibilité dans l'économie libre. Elles ont au contraire évoqué un panel très large d'activités dans le circuit socio-professionnel ordinaire susceptibles de correspondre aux handicaps de l'assuré, à savoir des emplois corporels légers en position essentiellement assise et sans exigences élevées quant aux capacités cognitives et à la motricité fine.

Le rapport d'évaluation établi le 2 septembre 2011 dans le cadre du BPM a d'ailleurs, lui aussi, reconnu le fait que le recourant dispose des compétences nécessaires pour travailler sur le marché libre de l'économie,

en débutant tout d'abord par un stage professionnel. Les responsables de cette mesure ont en effet souligné sa bonne aptitude de base au travail, son engagement et sa collaboration, mais le fait également qu'il était apparu souffrant pendant toute la durée de l'observation qui avait été réduite d'une heure par jour pour tenir compte de ses longs trajets (l'assuré ayant néanmoins maintenu par la suite son horaire très matinal, ayant préféré rentrer chez lui plus tôt l'après-midi pour effectuer ses postulations à l'AC). Cependant, toujours d'après le BPM, les exercices et travaux pratiques attestent de prestations plutôt satisfaisantes avec un rendement de 58 à 99% dans des activités manuelles simples et en série prioritairement axées sur la logistique, l'industrie horlogère et la conciergerie où le potentiel de réinsertion le plus élevé a été atteint et s'explique par l'expérience pratique acquise dans ces domaines. En tout état de cause, les personnes mandatées lors du BPM ont estimé que la perte de rendement constatée n'est pas imputable à des facteurs médicaux (pour tout ce qui précède: dos. AI 80/2-11).

## **5.**

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de calculer le taux d'invalidité du recourant.

**5.1** L'année de référence à prendre en compte pour la comparaison des revenus doit être préalablement déterminée. Le recourant ayant déposé sa demande de prestations AI courant avril 2010, un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2010 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Une incapacité de travail à 100% est certes attestée depuis le 9 janvier 2009 par le généraliste traitant, lequel a dans le même temps néanmoins admis que le travail exercé à La Poste était exigible à hauteur de 80% (dos. AI 22/2-5 ch. 1.6 et 1.7). Il est par ailleurs établi au dossier que l'assuré a pu participer de mars 2009 à février 2010 à un programme externalisé de placement mis en place par La Poste, qu'il a ensuite perçu jusqu'en octobre 2011 des indemnités de chômage selon une aptitude au placement à 100% (dans les limites, certes, des art. 15 al. 2 LACI et 15 al. 3 OACI, mais en ayant en tout cas pu bénéficier par

l'AC d'une formation de base dans la gestion technique d'immeubles achevée à fin février 2011 avec un taux de présence de 100%) et qu'il a encore participé dans l'intervalle, du 20 juin au 17 juillet 2011, au BPM lors duquel sa capacité de travail a été estimée à 100% par le SMR (dos. AI 80/9-10 ch. 7; 88/1-25).

Au vu des éléments précités, il y a donc lieu d'admettre que les périodes d'incapacité à 50% dès le 4 mars 2011 et à 100% depuis le 7 mars 2011, respectivement attestées par le généraliste et l'ancien psychiatre traitants, ont en tout état de cause été interrompues avec le début du BPM en juin 2011 (dos. AI 41/5; 42/2). L'expertise psychiatrique réalisée à fin octobre 2011 inscrit de plus cette amélioration dans la continuité, puisqu'elle ne rapporte aucune modification récente de l'état de santé, même au plan physique, dans le descriptif des journées établi en collaboration avec l'assuré (dos. AI 90.1/12). Tout au plus fait-elle état d'une éventuelle incapacité de travail de 50 à 100% dès le 7 mars 2011, en précisant toutefois que celle-ci n'a perduré que jusqu'au 20 juillet 2011 au plus tard (c. 3.3.2 supra). En réalité, une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année n'est attestée à l'assuré, sans interruption notable (art. 29<sup>ter</sup> RAI), qu'à partir de son admission le 24 avril 2012 à l'hôpital régional en raison de douleurs aiguës liées à la syringomyélie qui a été diagnostiquée ultérieurement en tant que telle en juillet 2012. Si une incapacité de travail à 100% n'a certes été attestée que temporairement au cours de cette hospitalisation (c. 4.2.1 supra), c'est bien à ce moment-là que les symptômes de la syringomyélie, qui datait elle-même il est vrai de plusieurs années, se sont intensifiés jusqu'à rendre partiellement inexigible une activité lucrative même adaptée aux restrictions découlant de cette affection. Le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était donc échu début avril 2013 (et non début juillet 2013 comme retenu par l'intimé) et c'est dès ce mois-là qu'un droit à une rente peut prendre naissance. L'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est donc 2013.

**5.2** Pour déterminer le **revenu de personne valide**, l'Office AI s'est à bon droit fondé sur l'ESS 2010, TA7 (secteur privé et secteur public), table fondée sur le domaine d'activité et non la branche ou la division

économique, à mesure que la dernière activité exercée par la personne assurée a été abandonnée pour des raisons économiques et non de santé et ne peut servir de base de calcul (TF 9C\_740/2013 du 13 mars 2014 c. 4.2). Cette table est accessible sur internet à partir du site de l'OFS. Il y a aussi lieu de préférer celle-ci aux données plus récentes de l'ESS 2012 (par ex., tables T1\_skill\_level et T1\_b pour les secteurs privé et public, mais en fonction de la branche ou division économique), lesquelles, pour les activités spécifiques de poste et de courrier (rubrique 53), ne représentent pas une valeur certaine sur le plan statistique en raison d'un coefficient de variation supérieur à 5% (voir ces tables également disponibles sur le site de l'OFS). La branche de la logistique et des tâches d'état-major (ch. 24) à laquelle se réfère l'intimé ainsi que le niveau de qualification (activités simples et répétitives, ancien niveau 4) appliqué pour ce secteur doivent également être confirmés, d'où un revenu annuel s'élevant à Fr. 59'400.- (ESS 2010, TA7, hommes, ch. 24, ancien niveau 4, valeur médiane, Fr. 4'950.- x 12). On peut du reste relever que l'ESS TA3 2010 (secteur privé et public selon les divisions économiques) faisait montre d'un revenu mensuel de Fr. 3'918.- pour les activités de poste et courrier s'agissant des hommes et au niveau 4, montant qui serait donc plus défavorable au recourant que celui résultant de l'ESS 2010 TA7. Si l'on adapte le salaire statistique (TA7) fondé sur 40 heures par semaine à la durée hebdomadaire moyenne du travail ayant eu cours en 2013 à partir des chiffres valables pour le secteur d'activité de poste et courrier (voir rubrique 53 précitée, données disponibles sur le site de l'OFS: 42.1 en 2013), après indexation à l'évolution des salaires jusqu'**en 2013**, l'on débouche sur un salaire annuel de **Fr. 63'706.35** (voir T1.1.10 sur le site de l'OFS, indice des salaires nominaux, hommes, 2011-2014, rubrique 53 précitée, 2010: 100; 2013: 101.9).

Contrairement à ce qu'allègue l'assuré, l'on ne parvient pas à un résultat plus favorable si l'on table sur son précédent revenu qui tenait compte des différentes allocations et primes dont il bénéficiait. D'après les indications de son employeur d'alors, ce montant s'élevait à Fr. 58'939.- en 2010 et, après indexation jusqu'en 2013, aurait atteint Fr. 60'058.85 en 2013 (voir indications ci-dessus; dos. AI 26/4 ch. 2.10). Enfin, on ne saurait non plus prétendre que l'affection génétique dont est atteint le recourant l'a empêché

d'acquérir des connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité au sens de l'art. 26 RAI. Comme déjà relevé, cette particularité médicale n'a pas affecté pendant des années l'emploi de l'assuré sur le marché ordinaire du travail. L'existence d'une anomalie ou prédisposition génétique ne permet pas en soi de tabler sur des statistiques avec une qualification supérieure (c. 4.3.1 supra). En menant des investigations génétiques approfondies, un très grand nombre de personnes pourraient invoquer un déficit congénital susceptible de les avoir freinées dans leur carrière professionnelle.

**5.3** S'agissant du **revenu de personne invalide**, il doit en l'occurrence se fonder sur l'évaluation de l'expert (c. 4.3 supra) et sur l'ESS, étant donné que l'activité usuelle n'est plus adaptée au handicap du recourant. Si l'on table sur le revenu général du secteur privé de l'ESS 2012 pour une activité simple et légère (TA1, hommes, nouveau niveau 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Fr. 5'210.- 12 x l'an), l'on parvient, après adaptation au temps de travail hebdomadaire pour l'année déterminante (41.7 en 2013, valeur totale) et à l'évolution des salaires chez les hommes jusqu'à cette même année (valeur totale: 2012: 101.7, 2013: 102.5), à un salaire annuel de Fr. 63'011.80. En tenant compte d'une capacité de travail à 50% et d'un abattement de 10% adapté aux circonstances d'espèce marquées certes par certaines carences au plan cognitif et adaptatif compensées toutefois par d'autres compétences personnelles et sociales (c. 4.3.1 supra vers la fin), l'on découche sur un revenu de **Fr. 28'355.30 pour 2013**.

En comparant ce montant avec le revenu sans handicap (Fr. 63'706.35), l'on parvient à un **degré d'invalidité de 55%** (55,49%). Dans ces conditions, l'octroi par l'Office AI d'une demi-rente AI au recourant s'avère pleinement justifié et doit donc être confirmé. En considération des dispositions relatives au délai d'attente (c. 5.1 supra), il convient de fixer le début du droit à la demi-rente d'invalidité au 1<sup>er</sup> avril 2013.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis et les décisions contestées des 30 juillet et 17 septembre 2014 doivent être annulées dans la mesure où elles accordent au recourant une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 seulement. Le début du droit à la demi-rente, elle-même confirmée, est fixé au 1<sup>er</sup> avril 2013. Pour le surplus, le recours est rejeté.

**6.2** Les frais et dépens doivent par conséquent être liquidés en fonction d'un gain partiel qu'il y a lieu d'estimer à une part de 1/7. Dans la mesure du gain partiel, la requête d'assistance judiciaire est sans objet.

**6.2.1** Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont ainsi mis à la charge de l'Office AI par Fr. 100.- et du recourant par Fr. 600.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**6.2.2** Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement du 1/7 de ses dépens selon l'étendue de son gain de cause devant le TA (art. 61 let. g LPGA; 104 al. 1 et 3 et 108 al. 3 LPJA). Au vu de la note d'honoraires du 5 décembre 2014, dont le montant total ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, ceux-ci sont fixés à Fr. 160.95 (1/7 x [honoraires de Fr. 962.-, dépens de Fr. 81.30 et TVA de Fr. 83.45]; se référer aussi à l'art. 41 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et au tarif horaire de Fr. 130.- appliqué en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique [voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) - >Téléchargements & publications]). Pour le surplus, le recourant ne peut prétendre au remboursement de ses dépens.

**6.3** Sur requête, l'autorité 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 (art. 111 al. 1 LPJA). En l'espèce, au vu de la requête d'assistance judiciaire (limitée aux frais judiciaires) formulée dans le recours du 15 septembre 2014, complétée le 21 octobre 2014, ainsi que des pièces justificatives produites, la condition financière est remplie. En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). La requête, dans la mesure où elle n'est pas devenue sans objet s'agissant de la part de gain de cause, peut dès lors être admise. Le recourant doit être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour cette part.

Ainsi, les frais de la procédure de Fr. 600.- mis à la charge de l'assuré sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire. 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 suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et les décisions attaquées sont annulées dans la mesure où elles accordent au recourant une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Le début du droit à la demi-rente est fixé au 1<sup>er</sup> avril 2013. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Dans la mesure où elle n'est pas sans objet, la requête d'assistance judiciaire est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis par Fr. 100.- à charge de l'Office AI et par Fr. 600.- à celle du recourant. Il est renoncé à leur perception chez ce dernier au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. L'Office AI versera au recourant la somme de Fr. 160.95 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

**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).