

200.2015.1059.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 15 mai 2017**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière



A. \_\_\_\_\_  
représenté par B. \_\_\_\_\_

**recourant**

contre

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

**intimé**

relatif à une décision de ce dernier du 29 octobre 2015

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1970, séparé, père de deux enfants mineurs, sans formation certifiée, est arrivé en Suisse dans le courant de l'année 2000. Jusqu'en 2006, il a effectué des stages et occupé de manière très temporaire divers emplois non qualifiés auprès d'employeurs principalement publics ou relevant d'œuvres d'entraide. L'assuré est soutenu par les services sociaux.

Indiquant souffrir d'embolies pulmonaires à répétition depuis 2010, l'assuré a sollicité, le 23 juillet 2014, des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des généraliste et pneumologue traitants de l'assuré. Sur cette base, après avoir sollicité l'avis du médecin de son Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), par préavis du 3 août 2015, l'Office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser toutes prestations de l'AI à défaut de l'existence d'une pathologie invalidante. En dépit des objections formulées contre cette préorientation par l'assuré, l'Office AI en a confirmé la teneur, par décision formelle du 29 octobre 2015.

**C.**

Par acte daté du 30 novembre 2015, l'assuré, dorénavant représenté en justice, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue le 29 octobre 2015 par l'Office AI et à l'octroi de prestations de l'AI, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Par

acte daté du 17 décembre 2015, le recourant (faisant suite à l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2015 de la Juge instructrice) a requis l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Maintenant en substance ses précédents allégués, le recourant a complété son recours le 15 janvier 2016.

Dans son mémoire de réponse du 16 février 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Par réplique du 29 mars 2016 et duplique du 19 avril 2016, les parties ont maintenu leurs précédentes conclusions. Le mandataire du recourant a envoyé sa note d'honoraires le 3 mai 2016.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 29 octobre 2015 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à toutes prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi de telles prestations, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (en vue de la mise sur pied d'une expertise médicale) et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par le recourant, le fait que l'Office AI a nié son droit à des prestations AI sur la base d'un dossier médical lacunaire (sous l'angle psychique en particulier, nullement investigué selon lui) et en présence d'avis médicaux contradictoires.

**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 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

**1.4** Le TA 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).

**2.2** 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 (art. 28 al. 2 LAI).

**2.3** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 LPGA en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n°2 c. 4.2). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle

mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

**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). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

**2.5** 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 moyens de preuve 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 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

Hormis le rapport du SMR du 5 mai 2015 (dont la force probante est mise en doute par le recourant) sur lequel l'Office AI s'est fondé pour nier à l'assuré son droit à des prestations AI, au dossier figurent les avis médicaux suivants:

**3.1** Le rapport de l'hôpital ayant soigné le recourant, du 14 au 18 octobre 2010, en raison de douleurs survenues depuis quelques jours et en recrudescence au niveau du thorax, a fait état de la survenance d'une embolie segmentale de la lingula, que les médecins ont mise en relation avec une probable immobilisation prolongée du recourant. Suite à la présence de D-Dimères (produit mesurant la coagulation sanguine) anormalement élevées, les médecins ont administré au recourant (avec succès) un traitement anticoagulant. Au terme de son hospitalisation, les valeurs (également trop élevées) de la protéine C étaient en nette régression (30mg/l au lieu de 176 mg/l).

**3.2** Dans un rapport très succinct du 6 mars 2011, la généraliste traitante de l'assuré, sans négliger les douleurs dorsales éprouvées par son patient, a mentionné qu'elle considérait que le problème fondamental du recourant résidait dans sa personnalité (passive et non combative).

**3.3** Le spécialiste en rhumatologie, consulté par l'assuré en raison d'un syndrome spondylogène lombovertébral chronique récidivant et en présence de douleurs non spécifiques, a fait état, dans son rapport du 11 avril 2011, d'un état général de la colonne vertébrale qu'il considère comme étant sans particularités. Sur la base de ses observations, ce spécialiste n'a retenu aucune pathologie rhumatologique à caractère systémique ou infectieux ou une quelconque affection de nature organique. Il a relevé toutefois la présence d'un important déconditionnement

musculaire, recommandant la mise sur pied d'une thérapie active. Afin de soulager le trouble douloureux éprouvé par l'assuré, il préconise de recourir à une thérapie de la douleur, par l'utilisation d'antidouleurs à faible dose.

**3.4** La généraliste traitante de l'assuré, le 5 juin 2011, a estimé que son patient, en raison d'une fragilité dorsale, était dans l'incapacité totale de travailler pour des activités sollicitant le corps de manière importante.

**3.5** Le 29 juin 2011, le pneumologue traitant n'a retenu aucune pathologie pulmonaire chez son patient, après avoir pu constater que le volume dynamique des poumons était dans les normes et que les réserves ventilatoires dépassaient de plus de 83% la valeur minimale.

**3.6** Dans le rapport des médecins de l'hôpital ayant soigné l'assuré durant son séjour stationnaire, du 13 au 24 avril 2014, sont mentionnés les diagnostics principaux d'embolie pulmonaire paracentrale bilatérale en présence d'un infarctus pulmonaire avec hémorragie intra-alvéolaire et d'un hamartome cervical occipital (malformation tissulaire bénigne postérieure droite d'aspect tumoral de 2 cm et existant depuis une dizaine d'années environ). Au niveau pulmonaire, les médecins ont décrit un patient ayant été hospitalisé en urgence en raison d'une dyspnée aiguë avec toux productive. L'évolution, dans un premier temps défavorable (apparition de douleurs à l'inspiration), a amené les médecins à conclure à un probable infarctus pulmonaire avec hémorragie intra-alvéolaire. Suite à une administration médicamenteuse ciblée, une évolution progressivement favorable avec disparition des douleurs a été constatée. Le diagnostic secondaire de syndrome spondylogène douloureux récidivant en présence d'une hernie discale L4/5 médiolatérale à droite existant depuis septembre 2009 a également été retenu.

**3.7** Une spécialiste du cabinet d'angiologie traitant le recourant, dans son avis médical daté du 22 mai 2014, a confirmé les diagnostics arrêtés par son confrère (cf. c. 3.6). D'un point de vue vasculaire, elle a nié l'existence d'une quelconque pathologie, après n'avoir pu constater aucune altération vasculaire (absence d'insuffisance veineuse) suite aux deux thromboses survenues en 2010 et 2014. Elle a mentionné également les

douleurs récidivantes éprouvées par l'assuré au niveau du dos, irradiant parfois jusque dans les jambes, et le fait que le recourant lui a également fait part de ses difficultés respiratoires existant depuis la survenance de la deuxième embolie pulmonaire.

**3.8** Le 23 mai 2014, le pneumologue traitant, réitérant les pathologies retenues précédemment par ses confrères (cf. c. 3.6), a fait état d'une fonction pulmonaire chez l'assuré qu'il décrit comme étant sans particularités. Il a nié la présence de tout rétrécissement artériel périphérique en dépit des deux thromboses survenues en 2010 et 2014. Sur la base d'une évolution (selon lui) favorable de la situation, ce praticien a estimé qu'aucune mesure particulière ne s'imposait d'un point de vue médical sous l'angle pulmonaire.

**3.9** Sollicité par la généraliste du recourant, le chirurgien orthopédiste a retenu, le 19 août 2014, le diagnostic de syndrome lombovertébral chronique douloureux en présence d'une légère hydrogénation débutante du disque intervertébral L4/5, sans altérations de nature arthrosique. Il a mentionné également un état stationnaire à l'étude comparative des différentes IRM pratiquées en 2008, 2011 et 2014. Sur la base de ses observations cliniques et des clichés radiologiques, il a estimé que l'intensité et la nature du trouble douloureux éprouvé par l'assuré (douleurs intenses au niveau lombaire) ne pouvait s'expliquer d'un point de vue médical, raison pour laquelle il a relié les douleurs ressenties à une origine psychosomatique. Faisant suite à la requête insistante de l'assuré, le chirurgien orthopédiste a pratiqué une infiltration périurale au niveau L4/5, le 14 août 2014, laquelle est restée sans effet.

**3.10** En raison de douleurs thoraciques éprouvées durant plusieurs jours, l'assuré a sollicité une consultation en urgence, le 15 octobre 2014. A défaut de la présence d'enzymes myocardiques chez l'assuré et après avoir constaté que le trouble douloureux se déclenchait de manière indépendante à l'effort (par la pression), les médecins urgentistes ont qualifié ses douleurs de musculo-squelettiques. Ils ont également fait mention de la présence d'une macrocytose.

**3.11** L'avis médical de la généraliste traitante, rédigé le 7 décembre 2014 à l'intention de l'intimé, a mis en évidence, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome lombovertébral chronique douloureux existant depuis 2006, résistant aux thérapies. Sans effet sur la capacité de travail, cette praticienne a notamment relevé la nécessité pour le recourant de se soumettre à un traitement anticoagulant après la survenance de deux embolies pulmonaires, l'une en octobre 2010 et l'autre en avril 2014. Elle a également mentionné la présence de restrictions psychiques chez un assuré ralenti et dépressif, précisant que la situation ne pourra s'améliorer que moyennant l'aide d'un spécialiste en psychiatrie, mieux à même de proposer une thérapie adéquate à l'assuré. Elle a estimé que son patient était dans l'incapacité totale de travailler depuis 2002 et qu'à l'avenir, en tout cas, des activités sollicitant le corps de manière importante lui seraient en tout cas proscrites.

**3.12** Le rapport médical des médecins ayant soigné l'assuré durant son hospitalisation du 12 au 15 juillet 2015 en raison de douleurs dorsales exacerbées et dont les clichés réalisés en juillet 2015 n'ont (pourtant) montré aucune nouvelle pathologie dorsale (absence de lésion osseuse apparente et d'altérations dégénératives, aucun rétrécissement du canal rachidien) a mis en exergue l'existence d'une éventuelle exostose au niveau du palais dur chez l'assuré (avec l'éventualité de devoir pratiquer une intervention chirurgicale) et une concentration en lipases trop élevée, devant être, si elle devait perdurer, contrôlée médicalement, car elle pourrait être le signe d'une pancréatite aiguë.

#### **4.**

Dans son rapport du 5 mai 2015, établi sur la base du dossier médical de l'assuré, le généraliste du SMR a considéré que le recourant n'éprouvait aucune atteinte à la santé de nature invalidante et que, partant, sa capacité de travail était pleine et entière.

En relation avec les maux de dos éprouvés (intenses selon le recourant), le médecin du SMR a tout d'abord mentionné, se ralliant à l'avis de l'orthopédiste traitant, et sur la base des IRM pratiquées (2008, 2011,

2014), que la situation lombaire de l'assuré était (pratiquement) dans les normes, seule une légère hydrogénation du disque intravertébral étant, selon lui, perceptible. Considérant que les douleurs de l'assuré ne pouvaient s'expliquer médicalement, le médecin du SMR a écarté (implicitement) l'existence de toute pathologie dorsale. Sous l'angle pulmonaire, ce même médecin a estimé que les embolies survenues en 2010 et 2014, que le corps médical a mises en relation avec un manque de mouvement, n'avaient altéré la capacité de travail que de manière très temporaire, d'autant que la fonction pulmonaire du recourant est (depuis lors) qualifiée de sans particularités. Enfin, concernant la macrocytose (soit une anomalie de la taille des macrocytes [globules rouges]), le généraliste du SMR l'a reliée à une consommation abusive d'alcool.

## **5.**

C'est en se fondant sur le rapport du SMR du 5 mai 2015 (cf. c. 4, absence de toute pathologie invalidante, capacité de travail pleine et entière) que l'intimé a rendu sa décision de refus de rente AI. Le recourant en conteste sa force probante au motif qu'il est en contradiction avec les avis de ses médecins traitants et qu'il résulte d'une instruction médicale lacunaire (volet psychique nullement investigué selon le recourant), ces éléments parlant sans conteste, selon lui, en faveur de la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.

**5.1** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du

SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les 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. 3b/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 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (cf. c. 5.2 et 5.3 ci-après; TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**5.2** Dans l'examen de la force probante du rapport du 5 mai 2015 du SMR, et d'un point de vue formel tout d'abord, même s'il est vrai que le généraliste, dans son rapport de synthèse (après un descriptif très succinct de l'anamnèse du recourant), a pris en considération, dans son analyse (somatique) de la situation, les avis médicaux des médecins traitants (chirurgien orthopédiste et pneumologue) et qu'il a procédé, sur cette base, à une étude consciencieuse du dossier, il n'en demeure pas moins que son rapport revêt une force probante d'emblée affaiblie par le fait qu'il a été rédigé dans l'ignorance de la dernière hospitalisation du recourant (du 12 au 15 juillet 2015, cf. c. 3.12). Cette lacune dans l'instruction de la cause par l'intimé est d'autant moins excusable que les conclusions médicales figurant dans le rapport d'hospitalisation de l'assuré, rédigées le 14 juillet 2015, ont été transmises par le recourant lui-même à l'intimé, durant la procédure de préavis (elles ont été jointes aux observations formulées le 11 août 2015 contre le préavis du 3 août 2015 de l'Office AI), ainsi que

l'atteste le timbre de réception qu'y a apposé l'intimé le 12 août 2015 (dos. AI 28). Dès lors que ces conclusions médicales étaient connues de l'intimé, il lui incombait de solliciter une nouvelle prise de position de son SMR afin de pouvoir statuer sur la base d'un dossier médical exhaustif.

**5.3** Matériellement, sur le plan des observations médicales, les diagnostics somatiques retenus invariablement par les médecins traitants (syndrome lombovertébral chronique douloureux, status après deux embolies pulmonaires survenues en 2010 et 2014, de même, en dernier lieu, celui de macrocytose) ont été appréhendés et discutés par le généraliste du SMR, et leur caractère invalidant, réfuté. Pour arrêter ses conclusions, le médecin du SMR a pris en considération, au niveau du dos tout d'abord, les plaintes exprimées par l'assuré (*massive Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule*), les IRM (datant de 2008, 2011 et 2014) et l'avis du chirurgien orthopédiste datant d'août 2014. Au niveau pulmonaire également, les documents versés au dossier médical de l'assuré n'ont pas été ignorés, tels que les rapports d'hospitalisations, les avis spécialisés des pneumologue et angiologue traitants, de même que les analyses de laboratoire. La question peut néanmoins rester ouverte du caractère convaincant ou non des conclusions avancées sur cette base, par le généraliste du SMR, déjà quant au fait qu'il a dénié tout effet invalidant à la macrocytose au seul motif (à savoir sans investigations médicales complémentaires) que cette pathologie est la conséquence d'un abus d'alcool et qu'il a retenu une pleine capacité de travail chez le recourant, sans aucune restriction (ni quant aux types de mouvements éventuellement prohibés ou au port de charges) en présence d'une légère hydrogénation du disque intervertébral L4/5. De plus, sur le plan somatique, le fait que le médecin du SMR n'a pas eu connaissance du dernier rapport médical du 14 juillet 2015 (cf. c. 3.12, c. 5.2) a pour corollaire, matériellement, que l'éventuelle exostose du palais dur (nécessitant de plus amples investigations voire une intervention) et des analyses de laboratoires peu satisfaisantes (taux de lipases anormalement élevé pouvant être un indice, sur le long terme, d'une pancréatite aiguë) ont été totalement occultées. Des lacunes encore plus importantes que celles constatées sur le plan somatique existent sur le plan psychique, dès lors que le rapport du SMR passe complètement sous silence l'éventualité d'une telle atteinte chez

l'assuré. A la lecture du dossier médical, il est pourtant avéré que ce dernier souffre d'une indéniable fragilité psychique présente depuis de nombreuses années, ainsi que l'ont relevé les différents médecins consultés. Dans son rapport de mars 2011, la généraliste traitante faisait déjà état d'un problème de fond lié à la personnalité de l'assuré, nonchalant et peu énergique. En décembre 2014, cette praticienne décrivait également un patient dépressif et ralenti, en insistant sur le fait que la situation de ce dernier ne pourrait s'améliorer que moyennant l'aide d'un spécialiste en psychiatrie. Le chirurgien orthopédiste, consulté pour des douleurs au dos récurrentes, n'a pu arrêter, sur la base des clichés réalisés et après un examen clinique du recourant, un quelconque diagnostic pouvant expliquer médicalement les douleurs (si intenses) éprouvées par l'assuré, en présence d'une (seulement) légère hydrogénation du disque intervertébral, raison pour laquelle il a conclu à l'existence de facteurs psychosomatiques (en 2011, le rhumatologue traitant mentionnait déjà des douleurs non spécifiques préconisant de recourir à l'utilisation d'antidépresseurs à faible dose, cf. 3.3). Enfin, selon le rapport rédigé par l'éducatrice du service spécialisé d'insertion professionnelle chargée de suivre le recourant, daté du 15 août 2014 (dossier [dos.] AI 24/2), le recourant a interrompu une mesure d'insertion sur la base d'un certificat médical d'un service psychiatrique (qui ne figure pas au dossier) dont il y a tout lieu d'inférer, au vu de l'interruption définitive de la mesure, qu'il attestait une incapacité totale de travailler chez l'assuré. Au vu de ces éléments, il n'est pour le moins pas exclu que le recourant souffre d'une indéniable atteinte psychique, qui perdure dans le temps, et sur laquelle le généraliste du SMR ne s'est nullement prononcé. Au demeurant, la fiabilité d'un rapport sur le plan d'une éventuelle atteinte psychique aurait d'emblée dû être mise en doute par le fait que ce médecin, spécialiste en médecine interne, ne dispose pas de toutes les qualifications spécialisées nécessaires à l'appréciation d'une possible fragilité psychique (voir TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références; JTA AI/2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2). Au vu de la jurisprudence citée au c. 5.1, l'estimation qu'a faite le médecin du SMR de la capacité de travail (pleine et entière) de l'assuré n'est dès lors pas en mesure d'emporter la conviction du TA. En effet, sans autres investigations spécialisées, la présence d'une atteinte psychique propre à influencer la capacité de travail ne pouvait être exclue avec une

vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6). Cette éventualité aurait nécessité un examen personnel de l'assuré sur ce plan. Le SMR ne pouvait par conséquent pas d'emblée restreindre son examen des exigences professionnelles à une synthèse sur dossier du seul volet somatique du tableau clinique. On ne saurait ainsi admettre que le généraliste du SMR avait uniquement à apprécier un état de fait médicalement établi, au sens où les documents recueillis au dossier auprès des médecins traitants revêtaient une force probante suffisante pour compenser, cas échéant, l'absence d'examen personnel de l'assuré (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1; c. 5.4 ci-après).

**5.4** Les appréciations émanant des médecins du recourant ne sauraient non plus revêtir une force probante suffisante au regard des exigences en matière de preuves médicales posées par le TF. Notre plus haute instance n'admet qu'avec circonspection, en cas de litige, la force probante des constatations des médecins traitants, étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient, vu la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 135 V 465 c. 4.5 et référence citée). L'avis d'un médecin traitant, en dépit de sa position contractuelle, est certes de nature à remettre en doute une évaluation du SMR (voir ci-dessus c. 5.1), mais elle n'en revêt pas pour autant, en règle générale, une force probante suffisante. En l'occurrence, à la lecture des avis médicaux versés au dossier, il apparaît d'une part que seule la généraliste traitante de l'assuré, en 2011, pour des motifs somatiques, a évalué, de surcroît de manière imprécise, l'incapacité de travail de l'assuré (qu'elle estime totale pour des activités sollicitant le corps de manière importante, sans toutefois préciser si des activités légères sont encore possibles). Dans un rapport médical plus récent, de décembre 2014 (cf. c. 3.11), cette même praticienne a réitéré l'interaction chez l'assuré de restrictions somatiques (en raison d'un syndrome lombovertébral chez le recourant qu'elle estime incapacitant) et psychiques (état dépressif), sans en préciser la mesure et dans quelle proportion celles-ci intervenaient. Quant aux autres médecins consultés en raison de leur spécialisation

médicale respective, étant arrivés à la conclusion qu'il n'existait pas, sur le plan somatique, de pathologie topique, ils n'ont pas évalué la capacité de travail de l'assuré (cf. c. 3.5, c. 3.7 à 3.9). Il résulte de ce qui précède que les appréciations des médecins traitants (de surcroît en l'absence d'un avis médical spécialisé relevant de la psychiatrie) ne sauraient emporter la conviction du TA.

**5.5** Sur la base d'un état de fait médical aussi peu éclairci, il en découle que l'intimé, en s'appuyant dans sa décision litigieuse sur la seule appréciation médicale du SMR, a négligé d'actualiser et de compléter le dossier médical de l'assuré (soupçon de nouvelles pathologies somatiques, ignorance du volet psychique nullement investigué). Partant, l'Office AI a violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 117 V 282 c. 4a). Pour ces raisons, il se justifie d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale globale par la mise sur pied d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire. Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé déterminera le degré d'invalidité et ses éventuelles fluctuations depuis la date où, au plus tôt, un droit à des prestations pourrait naître et pour toute la période couverte par la demande non datée qui lui est parvenue en juillet 2014. Il rendra une nouvelle décision, susceptible de recours, quant au droit à des prestations du recourant. Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé, du reste requis dans les conclusions subsidiaires du recours, se justifie pleinement dès lors que la décision litigieuse n'est fondée sur aucune expertise au sens de l'art. 44 LPGA et qu'au surplus des points litigieux, notamment sur le plan médical, n'ont pas été investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4).

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision de refus de prestations AI de l'intimé daté du 29 octobre 2015, ainsi que de renvoyer le dossier à l'Office AI afin qu'il

opère une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rend une nouvelle décision.

**6.2** Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**6.3** Le requérant obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représenté par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 3 mai 2016, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; 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, accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), sont fixés à un montant de Fr. 1'493.55 (honoraires: Fr. 1'298.-; débours: Fr. 84.90; TVA: Fr. 110.65).

**6.4** La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice, devient dès lors sans objet et doit être rayée du rôle du TA.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'493.55 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire, déposée pour les frais de la procédure de recours, est rayée du rôle du Tribunal administratif.
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).