

200.2015.468.AI
N° AVS A. _____
BOA/BEJ

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

Jugement du 1^{er} novembre 2016

Droit des assurances sociales

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



A. _____
représenté par Me **B.** _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 17 avril 2015

En fait:

A.

A. _____, né en 1960, divorcé, père de deux enfants majeurs, a obtenu sa formation certifiée de ramoneur en 1978, profession qu'il a exercée jusqu'en décembre 1984. Le 20 décembre 1984, il a sollicité une rente de l'assurance-invalidité (AI) dans le canton de Neuchâtel (étant alors domicilié dans ce canton), en indiquant souffrir des bronches, irritées en raison de la poussière et de la suie. Par décision du 22 mars 1985, la Commission AI a accordé à l'assuré un reclassement professionnel, qui, après plusieurs prolongations en raison d'un changement d'orientation notamment, s'est achevé par l'obtention d'un CFC en tant que mécanicien sur cycles, cyclomoteurs et motos, le 30 juin 1992. En vue de développer une activité comme indépendant dans ce domaine, le 1^{er} juillet 1993, l'assuré (domicilié depuis plusieurs années dans le canton de Berne) a demandé de l'AI une aide en capital, qui lui a été refusée le 3 septembre 1993.

Depuis 1994, l'assuré a travaillé comme indépendant dans son propre garage de motos. Invoquant souffrir d'arthrite, il a été déclaré en incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} février 2010 (exception faite d'une capacité de travail de 30% durant deux semaines en juillet 2010). L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a annoncé l'assuré le 24 août 2010 à l'Office AI Berne au titre de la détection précoce, au sens des art. 3a ss de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20). La procédure engagée a abouti au dépôt, le 9 novembre 2010 (la requête signée par l'assuré étant datée du 4) auprès de l'Office AI, d'une demande formelle de prestations de l'AI pour adultes, laquelle indiquait que l'assuré était atteint de polyarthrose et d'un trouble dépressif sévère. L'assuré a fermé son atelier de mécanique à la fin de l'année 2010. Depuis le 1^{er} mai 2012, il est soutenu par les services sociaux.

B.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements médicaux auprès du médecin et du psychiatre traitants de l'assuré. Sur cette base, après avoir sollicité l'avis du médecin du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a requis, le 27 juillet 2011, l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique (du Dr C. _____, spécialiste en neurologie ainsi que psychiatrie et psychothérapie, rapport daté du 12 mars 2012). Par communication du 22 février 2012, l'Office AI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu d'organiser des mesures d'ordre professionnel.

Dans un premier préavis du 1^{er} mai 2013, sur la base des pièces médicales versées au dossier et de l'avis de son SMR, l'Office AI a informé l'assuré que, sur la base d'un degré d'invalidité de 0% (absence de perte de gain), il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente AI. Suite aux objections formulées contre ce préavis par l'assuré, représenté par un avocat, l'Office AI a ordonné, sur proposition du SMR, l'établissement d'une expertise médicale sur le plan rhumatologique (du Dr D. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, rapport daté du 13 septembre 2013). Après avoir encore pris l'avis de son service des enquêtes, l'Office AI, dans une deuxième préorientation du 12 mars 2014 (annulant celle du 1^{er} mai 2013), a communiqué qu'il envisageait de nouveau de refuser à l'assuré l'octroi d'une rente AI sur la base d'un degré d'invalidité de 0%. Suite aux objections formulées par l'assuré, toujours représenté, l'Office AI a rendu un troisième préavis, le 25 novembre 2014 (annulant celui du 12 mars 2014), envisageant toujours de nier le droit de l'assuré à une rente AI, mais sur la base d'un degré d'invalidité de 30% (après correction de la comparaison des revenus).

En dépit des objections formulées contre ce dernier préavis par l'assuré, toujours représenté, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 17 avril 2015.

C.

Par acte daté du 20 mai 2015, l'assuré, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, il a conclu principalement à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI, le 17 avril 2015, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2011, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (sollicitant la mise sur pied d'une expertise médicale pluridisciplinaire) et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 3 juillet 2015, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le recourant a complété son argumentation dans sa réplique du 28 juillet 2015, accompagnée de sa note d'honoraires. L'intimé a rédigé sa duplique le 19 août 2015, à laquelle le recourant n'a pas réagi.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 avril 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2011, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (en vue de l'organisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire) et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant, la valeur probante (tant formelle que matérielle) des deux expertises sur lesquelles se fonde l'intimé pour nier au recourant son droit à une rente AI. D'emblée, le Tribunal relève que seule peut être examinée ici la question de savoir si c'est à raison que l'Office AI a nié au recourant le droit à l'obtention d'une rente AI, la

problématique des mesures professionnelles de réadaptation (niée par l'intimé par communication du 22 février 2012) et soulevée par le recourant (objections du 8 janvier 2015 p. 4, recours p. 9) ne fait en tout cas pas l'objet de la contestation, donc pas non plus de l'objet du litige (sur les notions d'objets de la contestation et du litige, voir ATF 142 I 155 c. 4.4.2, 131 V 164 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 2010 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a LAI 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).

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).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPG; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPG). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 141 V 281 c. 3.7.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). 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).

2.3. 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 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).

2.4 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 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.

3.1 Sur la base de la dernière prise de position du service des enquêtes du 10 février 2015, et celle du SMR du 16 janvier 2015 (renvoyant à celle du 19 mai 2014), lesquelles se fondent sur les expertises psychiatrique et rhumatologique des 12 mars 2012 et 13 septembre 2013, l'intimé, dans sa décision du 17 avril 2015, nie le droit de l'assuré à l'obtention d'une rente AI, en raison d'un degré d'invalidité de 30%. Pour arriver à ce taux, il considère que le recourant peut exercer une activité lucrative correspondant à son profil d'exigibilité à plein temps, moyennant une perte de rendement de 10% (en raison de limitations psychiques), et consent un abattement supplémentaire de 15%. L'Office AI précise encore, dans sa

duplique du 19 août 2015, que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF; ATF 141 V 281) en matière de troubles somatoformes douloureux (TSD) n'est pas applicable, dans la mesure où le syndrome douloureux relevé par l'expert en rhumatologie n'a pas d'influence sur la capacité de travail.

3.2 Le recourant, quant à lui, conteste la valeur probante des expertises psychiatrique et rhumatologique des 12 mars 2012 et 13 septembre 2013, en invoquant des vices tant formels (langue, durée des examens, rédaction bâclée, défaut de coordination) que matériels (contradictions par rapport aux avis des médecins traitants). Le recourant met également en doute la force probante des expertises ordonnées par l'Office AI au vu de la nouvelle jurisprudence du TF en matière de TSD. Enfin, il conteste le revenu avec invalidité retenu par l'intimé (selon lui non étayé et irréaliste) dans la comparaison des revenus effectuée pour déterminer le degré d'invalidité.

4.

Sur le plan médical, l'état de santé du recourant se présente comme suit:

4.1 Dans son rapport du 22 novembre 2010, le psychologue traitant du recourant (dont l'avis médical a été visé par un psychiatre) a mentionné les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.20), un trouble affectif bipolaire et un trouble obsessionnel compulsif (TOC) de forme mixte, avec des pensées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2), ces pathologies ayant, selon lui, des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Ce praticien a qualifié son patient de démotivé, n'ayant plus la force d'entreprendre son ancienne activité. Evaluant la capacité de travail de l'assuré à hauteur de 50% (dans une activité dépendante), il a préconisé la mise en place d'un traitement psychiatrique et une requalification professionnelle dans un domaine manuel.

4.2 Dans son rapport du 8 avril 2011, la généraliste traitant le recourant a relevé (sur le plan psychique) les mêmes diagnostics que ceux mentionnés par le psychologue traitant (cf. 4.1), ainsi que, sur le plan somatique, des polyarthralgies diffuses d'origine mécanique et une polyneuropathie sensitivo-motrice sur déficit en vitamines existant depuis 2010. En raison de restrictions psychiques, cette généraliste a évalué la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité à hauteur de 50%, mentionnant des limitations en raison d'un manque d'énergie, de troubles de la concentration et d'absentéisme. Elle a relevé que l'assuré n'était plus à même d'exercer une activité en position debout uniquement, lui imposant de travailler avec les bras au-dessus de la tête et de porter des charges au-delà de 10 kilos. Elle a fait part toutefois d'une amélioration prévisible de la capacité de travail dès août 2012 (recte: 2011).

4.3 Le 2 mai 2011, le psychologue traitant du recourant a décrit l'assuré dans les mêmes termes que lors de sa précédente prise de position, le 22 novembre 2010, et a confirmé les pathologies retenues alors (cf. c. 4.1). Il s'est toutefois distancié de sa précédente évaluation en mentionnant une possible amélioration de la capacité de travail de l'assuré dès le 1^{er} juin 2011, pronostiquant un pensum à hauteur de 50%.

4.4 Le rapport du rhumatologue traitant du recourant daté du 17 juillet 2011 a retenu comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, les diagnostics de polyarthralgies d'origine indéterminée et une fracture (de fatigue) du calcanéum à gauche survenue à la fin de l'année 2009. Il a mentionné des douleurs axiales et articulaires éprouvées par l'assuré et un trouble douloureux au niveau de la cheville gauche, en constatant une tuméfaction importante de la cheville et du pied gauche. Il a considéré que le recourant endurait des restrictions physiques et que sa dernière activité n'était plus exigible pour le moment.

4.5 L'avis médical du 14 août 2011 de la généraliste traitante du recourant, en mentionnant une amélioration de l'état de santé de son patient (tant au niveau des douleurs articulaires que de l'état psychique), a confirmé les diagnostics précédemment arrêtés, relevant toutefois, en sus, des céphalées migraineuses avec chutes. Sans évaluer la capacité de travail du recourant, cette praticienne a considéré que l'assuré subissait

des restrictions d'ordre psychique (dues à son état dépressif) et en raison de céphalées migraineuses, les limitations en relation avec la fracture de la cheville étant, selon elle, considérées comme provisoires, jusqu'à guérison de la fracture.

4.6 Dans son rapport du 22 septembre 2011, le rhumatologue traitant de l'assuré a évoqué à nouveau les douleurs articulaires éprouvées par son patient en relation selon lui avec une précédente fracture de la cheville gauche sur probable insuffisance osseuse. Il a mentionné aussi une ostéoporose importante à la colonne lombaire, préconisant des traitements appropriés (traitement de bisphosphonate par voie intraveineuse et un traitement vitaminocalcique, dossier [dos.]. AI 65/10).

4.7 Le rapport d'expertise sur le plan psychiatrique, rédigé le 12 mars 2012 et requis par l'Office AI sur proposition de son SMR, a mis en exergue d'un point de vue psychique (l'expert a précisé que son évaluation ne prenait pas en considération d'éventuelles limitations d'ordre somatique) un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) existant depuis l'adolescence, cette pathologie étant considérée comme ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Sans effets sur la capacité de travail, l'expert a fait part d'une utilisation abusive de cannabis (F12.1). Dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il a considéré que celle-ci était pleine et entière dans son ancienne activité de mécanicien sur motos moyennant une perte de rendement de 20%. Dans toute autre activité professionnelle adaptée (à savoir si le travail imposé est bien structuré, si l'assuré n'évolue pas dans un groupe trop nombreux et si l'activité déployée ne lui impose pas trop de contacts vers l'extérieur), il a estimé que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail moyennant une perte de rendement de 10% au maximum (en raison d'une certaine fatigabilité et d'une légère lenteur).

4.8 L'examen clinique pratiqué en janvier 2012 (complété par une IRM cérébrale et un électroencéphalogramme) par une spécialiste en neurologie a révélé des résultats neurologiques dans la norme (notamment: nerfs crâniens, sensibilité et mimique, champ visuel, réflexes, épreuves cérébelleuses), excepté la présence de deux secousses nystagmiques dans le regard extrême à droite. Sans se prononcer sur la

capacité de travail du recourant, cette spécialiste a retenu une possible atteinte vestibulaire périphérique, versus une aura migraineuse.

4.9 Le rapport de colonoscopie rédigé le 23 août 2012 par un spécialiste en gastroentérologie a mis en évidence une sigmoïdite segmentaire sans nécrose d'origine ischémique, une légère diverticulose sigmoïdienne (considérée comme un trouble fonctionnel ancien), des douleurs abdominales récidivantes et une maladie hémorroïdaire.

4.10 Dans son rapport du 7 novembre 2012 adressé à l'intimé, la généraliste traitante a relevé un état de santé aggravé de l'assuré, mentionnant comme nouveaux diagnostics avec effets sur la capacité de travail, un status post-décompression d'une tendinite sténosante du 3^{ème} doigt, une colite segmentaire et des vertiges vestibulaires périphériques en raison de céphalées, tout en relevant une évolution favorable des talons et une ostéoporose modérée à sévère. Cette généraliste a considéré que le recourant était dans l'incapacité totale de travailler dans son ancienne activité de mécanicien sur motos en raison de son ostéoporose qui l'empêche de porter des charges, même légères. Elle a également mentionné des restrictions psychiques en raison d'un état dépressif et bipolaire qui limite, selon elle, ses capacités d'adaptation, et des migraines qui entraînent des chutes. Elle a évalué à 50% la capacité de travail du recourant dans une activité bien profilée (sans port de charges et permettant de changer régulièrement de position).

4.11 L'Office AI, suite à la recommandation du généraliste du SMR consulté (dos. AI 85/4), a requis une expertise sur le plan rhumatologique.

Dans son rapport du 13 septembre 2013, l'expert a attesté, comme ayant des effets sur la capacité de travail, le diagnostic d'ostéoporose. Sans répercussion (durable) sur la capacité de travail, il a notamment fait part d'un syndrome douloureux généralisé, marqué principalement dans la partie inférieure du corps dans le contexte d'une fibromyalgie primaire, en présence de polyarthralgies des articulations axiales et d'un syndrome lombaire et cervical douloureux. Il a aussi mentionné une pneumopathie et une polyneuropathie, des problèmes de sommeil, de la fatigue et de la polyarthrose au niveau des doigts, ses constatations n'étant, selon lui, pas

explicables d'un point de vue somatique. Se référant à l'expertise psychiatrique de mars 2012, il a retenu un trouble de la personnalité de type borderline invalidant.

D'un point de vue rhumatologique, l'expert a signifié que le recourant n'était plus à même d'exercer des travaux sollicitant le corps de manière intensive, en raison de l'ostéoporose, diagnostiquée depuis septembre 2011. Dans la dernière activité exercée (mécanicien sur motos), il a considéré que l'assuré disposait (depuis toujours) d'une pleine capacité de travail. Il a mentionné aussi que dans toute autre activité lucrative bien profilée (sollicitant le corps [au plus] moyennement, permettant de varier les positions, en observant des règles d'ergonomie pour le dos et en n'exposant pas l'assuré à des poussières ou des allergènes), la capacité de travail de l'assuré était intacte. Il a relevé aussi qu'il existait, selon lui, des facteurs étrangers à l'invalidité (motivation limitée, absence prolongée du marché du travail) qui entravaient le recourant dans la réintégration du marché du travail. Il a émis un bon pronostic d'un point de vue rhumatologique.

4.12 Dans son avis médical du 19 mai 2014, le médecin du SMR, se référant à l'expertise rhumatologique qui, selon lui, renseigne de manière suffisamment exhaustive sur l'état de santé du recourant, a estimé que le syndrome douloureux généralisé chronique diagnostiqué par l'expert en rhumatologie constituait un ensemble de symptômes, qui ne reposaient sur aucun substrat somatique. Il a retenu que ce trouble douloureux éprouvé par l'assuré n'avait pas valeur de maladie, dès lors qu'il n'est pas explicable médicalement. Il a relevé que dans de telles situations, il était souvent question d'un manque de motivation à l'effort. Le médecin du SMR a mentionné aussi, et en raison du fait que le recourant n'a fait valoir aucune nouvelle atteinte médicale, que la situation avait été documentée en suffisance.

5.

5.1 Le recourant invoque tout d'abord un grief d'ordre formel à l'égard des deux expertises sur lesquelles l'intimé s'est fondé. Il considère que

l'expertise rhumatologique du 13 septembre 2013 est viciée, dans la mesure où elle s'est déroulée et a été rédigée en langue allemande (cf. c. 3.2). Il s'insurge aussi contre le fait que le rapport d'expertise psychiatrique du 12 mars 2012 a lui aussi été rédigé en allemand (recours ad art. 6 p. 7)

5.1.1 Au vu des pièces versées au dossier, force est de constater que le représentant du recourant, une fois l'attribution par l'intimé du mandat d'expertise à un rhumatologue précisément nommé, a mentionné qu'il souhaitait que l'expertise rhumatologique soit établie en langue française, en précisant que l'assuré ne parlait pas l'allemand (dos. AI 87/2). Si l'expertise rhumatologique s'est effectivement déroulée en langue allemande, elle a toutefois eu lieu en présence d'un traducteur. Dans la mesure où le recourant considère que cette manière de procéder n'est pas "*idéale*" (recours p. 7), il n'en demeure pas moins que ladite expertise n'en perd pas pour autant toute valeur probante, d'un point de vue formel, pour ce motif-là. En effet, il ne ressort pas du rapport y relatif que des difficultés de compréhension linguistique soient survenues lors de l'examen personnel du recourant. Au contraire, à sa lecture, on relève que l'expert a bien compris les plaintes exprimées par l'assuré et les a prises en compte dans l'évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail. Durant l'expertise, le recourant n'a formulé aucune remarque au sujet du déroulement de celle-ci, ni immédiatement après que l'expertise eut été effectuée et avant d'en connaître le résultat (TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 c. 4.2 et références citées). Il est de surcroît patent, au vu de la formulation de son recours et de l'argumentation juridique avancée (le recourant n'invoque en particulier aucun exemple concret de malentendu), que le mandataire de l'assuré a très bien compris le contenu de la décision et des documents figurant au dossier. A la réception du rapport d'expertise, le recourant n'a par ailleurs pas requis sa traduction en langue française.

5.1.2 Quant à l'expertise psychiatrique du 12 mars 2012, le TA relève tout d'abord qu'aucun indice au dossier ne permet de supposer que l'examen clinique du recourant s'est déroulé effectivement en langue allemande (le recourant ne l'invoque d'ailleurs pas). Contrairement aux circonstances

ayant prévalu pour l'expertise rhumatologique, l'assuré n'a critiqué que le fait que le rapport ait été rendu en langue allemande et cela seulement à un stade avancé de la procédure (lors du dépôt de son recours), laissant par là supposer qu'il a semblé s'être accommodé de ce choix. De plus, selon le registre officiel des médecins suisses édité par la FMH (www.doktorfmh.ch), il appert que l'expert ayant procédé à l'expertise parle le français, que la ville où il possède son propre cabinet médical et y exerce sa spécialisation se trouve en Suisse romande. L'atmosphère décrite par l'expert durant l'examen est qualifiée d'ouverte et d'harmonieuse (dos. AI 40.1/4), ne laissant nullement supposer des tensions en raison d'un problème de communication. Le TA relève de plus que les rapports médicaux antérieurs (rédigés, en langue source, en français) ont été rapportés (en allemand) avec un soin particulier, de même que l'anamnèse et les plaintes subjectives du recourant, démontrant par là que ce médecin domine parfaitement la langue française.

5.1.3 Aucun indice ne permet donc de remettre en cause la valeur probante de ces deux expertises pour des questions linguistiques, au point d'en annihiler tout caractère probant.

5.2 Le recourant invoque d'autres griefs formels, ceux-ci uniquement à l'encontre de l'expertise de médecine interne et rhumatologie.

De façon générale, il lui reproche de ne pas être aboutie du fait que l'examen clinique de l'assuré n'a duré que deux heures et que le rapport d'expertise de 18 pages a été finalisé en seulement trois jours. La valeur probante d'une expertise médicale ne dépend pas de la durée de l'examen ni du temps nécessaire à l'expert pour rédiger ses conclusions. Dans l'examen de la force probante d'une expertise médicale, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). En l'occurrence, s'il faut reconnaître que la structure de la discussion du cas (une dizaine de pages) paraît sur certains points répétitive à première lecture, l'argument du caractère bâclé de l'expertise n'en est pas moins très réducteur. Il fait totalement abstraction du travail de préparation que l'expert a dû déployer avant l'examen clinique afin d'avoir

la connaissance théorique du dossier médical (résultant des avis de nombreux confrères) et de la situation générale lui permettant d'analyser de manière aussi ciblée les multiples pathologies envisagées et de rédiger de manière efficace le rapport d'expertise. Contrairement à ce que laisse entendre le recourant, le fait que l'expert rhumatologue ait posé des questions concernant le passé familial du recourant (l'alcoolisme du père du recourant n'est d'ailleurs énoncé que brièvement et dans le contexte de son décès en raison d'une cirrhose du foie) ne relève ni d'une curiosité déplacée, ni d'une connaissance insuffisante du dossier. Un somaticien a aussi besoin de vérifier les données d'anamnèse dont il a connaissance par d'autres sources, ne serait-ce que pour comprendre si ces éléments ont véritablement marqué la personne examinée et peuvent expliquer, en partie, l'état de cette dernière (par ex. maladies génétiques, conditions de vie favorables ou non à la santé). Le recourant ne peut pas non plus être suivi lorsque, dans le contexte de l'ostéoporose, il soutient que l'expert, qui trahirait ainsi son incompetence, n'a pas fait procéder aux examens nécessaires (selon l'assuré, il a ordonné des radiographies au lieu d'une IRM ou une densitométrie). En effet, l'expert disposait bien, pour son analyse de la santé osseuse du recourant, des documents médicaux topiques, à savoir les rapports de densitométrie de la colonne lombaire et hanche gauche effectués les 5 septembre 2011 et 2 septembre 2013 (dos. AI 88.2/3 et 5 à 9), lui permettant de juger, en toute connaissance de cause, de l'évolution de l'ostéoporose chez le recourant.

Les reproches de vices formels entachant l'expertise somatique doivent donc également être écartés.

6.

6.1 D'un point de vue matériel et sous l'angle psychique tout d'abord, l'expert a conclu, avec effets sur la capacité de travail, à un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31; voir c. 4.7).

Il est arrivé à cette conclusion après avoir soigneusement dressé l'anamnèse de l'assuré. Puis il a consigné le résultat de ses constatations

objectives: il a ainsi décrit le recourant comme étant soigné, habillé simplement mais de manière ordonnée. Il a qualifié son attention de vive, orientée (quant aux personnes, lieu, temps et situation) et a relevé une capacité de concentration intacte. Il a mentionné un mode de pensée cohérent, ordonné et fluide et un bon niveau de langage, niant la présence de phénomènes psychotiques. Il a soigneusement retranscrit les déclarations de l'assuré, relevant que celui-ci avait fait part de symptômes anxigènes et d'épisodes suicidaires survenus par le passé. Puis, selon une analyse scientifique logique, il a cherché, dans un premier temps, à expliquer l'origine de cette pathologie psychique chez l'assuré, pour la relier à sa biographie (milieu familial conflictuel, divorce, mère dépressive, père alcoolique violent, frère aîné lui ayant imposé de mauvais traitements, frustrations précoces, déceptions et peurs, ces éléments n'ayant pas permis au recourant de développer un "moi" stable). Il s'est aussi documenté de manière ciblée dans la littérature médicale et s'est inspiré d'une étude (émanant d'un psychiatre américain reconnu) menée sur des patients type borderline. Considérant que les patients atteints de cette pathologie avaient des perceptions cognitives altérées (perception de choses, événements, relations humaines), l'expert a démontré avec pertinence en quoi celles-ci influent les comportements (radicaux) du recourant (séparation brutale d'avec son épouse, situations de rupture avec ses frères et sœurs ou dans ses projets professionnels). En relation avec le trouble affectif, autre disfonctionnement propre à cette pathologie, l'expert a démontré par des exemples pratiques les situations dans lesquelles l'assuré pouvait surréagir en raison d'une idéalisation démesurée de personnes qui lui sont proches (idéalisation puis dévalorisation [avec un sentiment de haine se développant subséquent] de son ancienne épouse, idéalisation de sa partenaire, d'une camarade de classe dont l'éloignement a provoqué selon les dires de l'assuré une césure dans son parcours scolaire) et où surgissent aussi des difficultés à tisser des liens sociaux. L'expert psychiatre a aussi analysé les phases de décompensation que l'assuré a connues par le passé, accompagnées de périodes dépressives (alimentant un sentiment de peur, de colère, et générant des comportements agressifs).

Partant de ces prémisses, l'expert psychiatre a expliqué avec pertinence que les phases de décompensation survenaient uniquement en réaction à divers conflits/charges émotionnels, qui se normalisaient relativement rapidement une fois ceux-ci résorbés. Pour cette raison, de manière probante et contrairement à l'avis du psychologue traitant de l'assuré (de surcroît non médecin, même si son rapport a été visé par un médecin n'ayant pas examiné l'assuré), il a renoncé au diagnostic autonome de trouble affectif bipolaire (ou celui de dépression récidivante) pour ne retenir "que" celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile.

Quant à l'argument invoqué par le recourant (recours p. 7), selon lequel il subsiste des contradictions importantes entre les conclusions du psychologue traitant du recourant et celles de l'expert psychiatre, il ne saurait être suivi. Au vu des rapports médicaux versés au dossier, il est en effet patent que la santé psychique du recourant, en mars 2012, différait de celle ayant prévalu en mai 2011, époque où le psychologue traitant décrivait un patient avec des idées suicidaires et de vengeance, affichant un laisser-aller total dans son hygiène et ses vêtements, ayant une sociabilité diminuée, une diminution des activités et des compétences sociales, une somnolence diurne, un dynamisme en diminution avec le souhait de tout quitter. En effet, en mars 2012, l'expert a décrit l'assuré (et grâce aussi à une médication adéquate), malgré une indéniable fragilité psychique, en tant que personne à même d'assumer son quotidien et d'organiser ses journées de manière autonome, de se lever tôt le matin, d'entretenir une relation stable avec sa nouvelle compagne, de quitter son domicile sans appréhension et de soigner ses relations sociales. Il a aussi relevé que le recourant est désormais aussi capable d'aider les autres (en particulier un ancien employé/collègue dont il s'occupe) et d'éprouver de la joie à passer du temps avec ses proches. Dans ces conditions, dès lors que l'état de santé du recourant s'est modifié, il ne saurait être question d'avis médicaux contradictoires.

Dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, là aussi, l'expert n'a négligé aucun aspect: il a relevé l'importance de l'environnement (personnel) de l'assuré sur son lieu de travail, précisément en liaison avec ses difficultés à contenir ses émotions et gérer des conflits. Il a aussi

mentionné que, malgré un trouble de la personnalité, l'assuré avait toujours été à même d'exercer une activité lucrative (de surcroît indépendante), arrivant à la conclusion que ce sont des difficultés d'ordre personnel uniquement qui ont eu raison de son atelier de mécanique (notamment un conflit personnel avec le compagnon de son ancienne épouse qui avait installé un atelier concurrent dans son voisinage). C'est en tenant compte de ces particularités que l'expert a estimé que la capacité de travail du recourant était pleine et entière dans une activité adaptée, moyennant une perte de rendement de 10% (en raison notamment d'une relative lenteur pouvant entrer en considération, mais surmontable si le recourant évolue dans une structure bien organisée) et auquel le TA ne peut que se rallier. Le TA précise encore que, s'il est vrai que l'expertise psychiatrique sur laquelle l'intimé s'est fondé a été rédigée en mars 2012, aucun élément versé au dossier ne laisse supposer que l'état de santé psychique du recourant se serait aggravé depuis lors. A la lecture du rapport d'expertise (p. 10), il appert que le recourant était alors suivi par un psychologue chez qui il se rendait chaque semaine. Dès lors, si son état psychique s'était péjoré depuis 2012, il avait la possibilité de le documenter par un avis médical émanant de son thérapeute traitant, ce qu'il n'a, de toute évidence, pas fait. Il y a donc lieu d'admettre, avec une vraisemblance prépondérante et vu les pièces versées au dossier qui ne laissent rien supposer en ce sens, que l'état de santé psychique du recourant est resté stable depuis la rédaction de l'expertise en 2012 et que, partant, les conclusions de l'expert en psychiatrie, qui emportent la conviction du TA, sont toujours actuelles.

6.2

6.2.1 Dans le contexte rhumatologique et de médecine interne, l'expert n'a retenu que l'ostéoporose comme diagnostic influençant de façon durable la capacité de travail. Il n'a attribué au syndrome douloureux généralisé chronique et autres syndromes ou troubles intermittents (cf. c. 4.11) que des effets non durables sur la capacité de travail.

6.2.2 L'expert rhumatologue a donc également posé le diagnostic d'ostéoporose, unanimement admis chez l'assuré. Du fait de ce diagnostic, en analysant aussi les évaluations de la capacité de travail des médecins traitants au fait du genre d'activité exercée par l'assuré, l'expert arrive à la

conclusion que l'ostéoporose exclut, depuis septembre 2011, l'accomplissement de travaux lourds (exigeant de soulever régulièrement des poids de plus de 25 kg selon l'échelle en usage en assurance-accidents), mais que le dernier métier du recourant (atelier de réparation de cycles et motos) ne rentre pas dans cette catégorie. Il précise en effet que si tel était le cas, la généraliste traitant le recourant aurait, en juin 2012, mis les dorsalgies en relation avec l'ostéoporose et aurait prescrit une restriction de la capacité de travail dans ce sens. L'appréciation de l'expert n'accordant qu'une intensité relative à l'ostéoporose, contrairement à ce que prétend le recourant, se justifie totalement au vu des pièces au dossier. Le TA relève à ce sujet que le dernier rapport de septembre 2013 et sur lequel l'expert rhumatologue s'est fondé pour arrêter ses conclusions a fait état d'une situation osseuse en amélioration depuis 2011, les valeurs (-2.5 SD) se situant (après avoir bénéficié de traitements de biphosphonate et vitaminocalcique comme préconisés par son rhumatologue) entre une ostéopénie (état physiologique précurseur, proche de l'ostéoporose) et une ostéoporose. Les conclusions divergentes des rhumatologue et généraliste traitants datées des 22 septembre et 7 novembre 2012 (et arrêtées avant le dernier examen de densitométrie en septembre 2013), selon lesquelles l'assuré souffre d'une ostéoporose modérée à sévère ne sauraient donc être retenues.

6.2.3 Pour ce qui est des autres pathologies envisagées/suspectées durant la procédure d'instruction de la demande AI, l'expert a restitué avec soin chacune des sources médicales versées au dossier et les a commentées au besoin (notamment en cas de divergences). Il a également procédé à des examens personnels systématiques en notant les plaintes de l'assuré et l'évolution qu'elles avaient connues: membres supérieurs (notamment majeur gauche opéré en 2012 et arthrose discrète des mains); rachis marqué par des atteintes dégénératives tout à fait dans la norme; membres inférieurs qui focalisent les plaintes les plus intenses en relation aussi avec la problématique des pieds (restrictions temporaires non déterminantes en AI générées par la fracture du calcaneum gauche en 2009 et IRM du pied droit ne mettant rien en évidence susceptible d'expliquer les nouvelles douleurs éprouvées par le recourant); sur le plan de la médecine interne, hormis l'ostéoporose, une pneumopathie

obstructive (que l'expert met en relation avec l'abus de nicotine et dont il précise que des traitements antiasthmatiques n'ont plus été pratiqués depuis l'abandon de la profession de ramoneur), une polyneuropathie qui, au moment de l'examen, ne peut plus être mise en évidence, ainsi que les problèmes multiples de fatigue et sommeil et des valeurs d'acide urique quelque peu élevées et à suivre, mais sans conséquence. L'expert a aussi nié pouvoir cautionner les diagnostics d'arthrite inflammatoire posés début juin 2010 et de poly-arthralgies datant d'avril 2011. Au vu de l'IRM cérébrale et de l'électroencéphalogramme effectués début 2012 et de ses propres observations, l'expert ne parvient pas non plus à étayer le moindre substrat somatique aux troubles vestibulaires et aux migraines découlant de l'examen neurologique pratiqué à fin mai 2012. Il mentionne au surplus que certaines atteintes, qui ont fait l'objet de constats de détérioration de l'état de l'assuré, se sont partiellement ou même totalement résorbées, ce qu'ont aussi constaté les médecins traitants à plusieurs reprises (par ex.: fracture, douleurs articulaires, problèmes intestinaux, opération au majeur gauche). Hormis l'absence de documentation médicale ou observations cliniques susceptibles d'établir de quelconques substrats somatiques à même d'expliquer les douleurs ressenties, l'expert a été frappé par l'attitude générale de l'assuré. Il a ainsi décrit une mimique et une gestique douloureuses, une mise en évidence de deux des cinq signes de Waddell indicateurs d'une pathologie non organique, des sursauts momentanés inexplicables, des blocages incohérents de mouvements harmonieux par une résistance musculaire et le caractère très diffus et peu précis des multiples plaintes. Dans l'analyse de l'intensité des douleurs éprouvées, il a aussi expliqué pourquoi celles-ci devaient être relativisées en raison d'un effet qualifié de "placebo" chez l'assuré, qui influence de quatre à cinq points (vers le haut) l'échelle de la douleur.

C'est donc d'une façon tout à fait fondée que l'expert a estimé que les nombreuses facettes du tableau clinique présenté par le recourant n'induisaient pas d'incapacité de travail durable et les a appréhendées, d'une part, sous le diagnostic général de syndrome douloureux généralisé chronique, comprenant en particulier une panalgie et un syndrome de fibromyalgie dans sa forme primaire, reposant uniquement sur les plaintes de l'assuré (par opposition à une fibromyalgie secondaire qui, elle, se serait

développée à partir d'affections somatiques constatables) et, d'autre part, par divers troubles intermittents, présentant un substrat somatique discret ou n'en présentant plus ou pas continuellement, non susceptibles d'expliquer les maux ressentis.

6.2.4 Quant au profil d'exigibilité décrit par l'expert en rhumatologie, il énonce de manière détaillée quels types d'activités l'assuré est (encore) à même de s'acquitter et s'inscrit dans la logique de ses constats médicaux. Ce descriptif correspond par ailleurs en tous points à celui arrêté par la généraliste de l'assuré, en avril 2011 ou en novembre 2012 (cf. c. 4.2) ou encore par son rhumatologue traitant (dos. AI 32/6). Ainsi, si le recourant n'est plus à même d'occuper un poste sollicitant le corps de manière importante, des activités légères à moyennes permettant de varier les positions (assise, debout, de marche) sont encore exigibles si elles respectent une certaine ergonomie au niveau du dos. L'expert a aussi retenu à juste titre que l'environnement professionnel dans lequel le recourant évoluait devrait le tenir éloigné d'émanations poussiéreuses (une irritation des bronches ayant été à l'origine de la demande de prestations AI en décembre 1984, cf. let. A) et lui permettre d'exercer une activité dans un local tempéré. S'il subsiste néanmoins des divergences quant au pensum que le recourant est (encore) à même d'exécuter, les avis médicaux (par ailleurs succincts) des médecins traitants de l'assuré quant à l'évaluation de sa capacité de travail ne sauraient l'emporter sur celui de l'expert en rhumatologie. Par conséquent, en l'absence de substrat organique (de nouvelles investigations médicales, depuis l'élaboration de l'expertise rhumatologique en 2013 et jusqu'à la date de la décision n'ayant pas été entreprises par le recourant) et eu égard au fait que les médecins de famille, de par la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, dans le doute, tendent à favoriser ces derniers (ATF 125 V 351 c. 3b/cc), on ne saurait reconnaître à l'évaluation de la capacité de travail par la généraliste traitante du recourant (de surcroît non spécialisée quant aux types d'affection médicales concernées), invariablement estimée à hauteur de 50% (en avril 2011 [dos. AI 27] en raison d'abord de restrictions psychiques, en novembre 2012 en raison de restrictions tant psychiques que physiques) et sans en détailler dans quelles proportions ces limitations

interagissaient (dos. AI 60), une force probante supérieure à celle de l'expert en rhumatologie.

6.2.5 Au vu de ce qui précède, le TA considère que le rapport d'expertise du 13 septembre 2013 est complet, convaincant et qu'il satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.4). Il fournit les renseignements et évaluations permettant d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant en se fondant sur une étude approfondie du dossier, en fournissant à l'appui une anamnèse précise sur les plans personnel, social et professionnel en prenant en compte et discutant les avis médicaux antérieurs. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont motivées. Par conséquent, le Tribunal se rallie aux conclusions de l'expert et retient que, sur le plan somatique, la capacité de travail du recourant, dans une activité convenablement profilée, est exigible à plein temps.

6.3 Sur la base des conclusions des experts, et en particulier du fait qu'il n'y a pas (et n'y a jamais eu) d'atteinte invalidante déterminante sur le plan rhumatologique (l'assuré disposant d'une capacité de travail pleine et entière dans un emploi adapté, en particulier celui de mécanicien sur cycles et motos), il n'est pas nécessaire de coordonner, comme le recourant l'invoque, les résultats des deux expertises (rhumatologique et psychiatrique) en vue de se prononcer sur une addition ou un recoupement éventuels des atteintes potentiellement invalidantes par la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.

6.4 Durant la présente procédure judiciaire, le TF a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de TSD et de troubles psychosomatiques comparables (ATF 141 V 281, arrêt rendu le 3 juin 2015). La nouvelle jurisprudence doit être prise en considération pour les cas encore pendants au moment du revirement (TF 9C_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3; VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3). Il convient de préciser, à toutes fins utiles et dans la mesure où le recourant se fonde sur cette nouvelle jurisprudence (prise de position du 28 juillet 2015), qu'une expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante. Dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et

des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6).

En l'espèce, il faut d'emblée constater que seul le somaticien se réfère à un trouble douloureux inexplicable, voire à une panalgie ou à une fibromyalgie primaire (tout en mentionnant que l'avis du psychiatre devrait être suivi dès lors que les douleurs sont inexplicables [dos. AI 88.1/10]). L'expert psychiatre ne pose pas de tel diagnostic relevant des TSD persistants ou affection assimilée du système de classification médicale. Rien ne permet de supposer que l'expert psychiatre ait éliminé un tel diagnostic en raisonnant selon l'ancienne présomption d'exigibilité abandonnée par l'ATF 141 V 281, que les experts psychiatres devaient examiner en vue de faire une proposition quant au caractère, juridique, invalidant ou non de ce genre d'atteinte.

Quoi qu'il en soit (à supposer que l'expert psychiatre ait quand même implicitement exclu un diagnostic de TSD en jugeant que les critères susceptibles de renverser la présomption n'étaient pas suffisamment réalisés), le TA relève tout d'abord que les rapports d'expertise des 12 mars 2012 et 13 septembre 2013 mettent suffisamment l'accent sur les éléments significatifs dans l'analyse préconisée par la nouvelle jurisprudence, à savoir le remplacement du modèle règle/exception par une grille d'évaluation normative et structurée, pour pouvoir procéder à une évaluation selon les nouveaux indicateurs. En effet, dans l'examen de la preuve d'une atteinte à la santé psychique persistante (1^{ère} étape de l'évaluation prévue par la nouvelle jurisprudence), le diagnostic de TSD ne résisterait pas aux motifs d'exclusion statué dans l'ATF 131 V 49, selon lequel il n'existe aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Or, comme l'expert en rhumatologie l'a relevé dans son rapport, il existe chez l'assuré des facteurs étrangers à l'invalidité, en particulier des signes d'exagération des douleurs dans le contexte d'une demande de rente AI (dos. AI 88.1/13). L'expert a relevé plusieurs signes de Waddell et décrit des attitudes caractéristiques le faisant douter de la réalité des plaintes et l'ayant conduit à nier le caractère

d'une durable incapacité de travail qui pourrait être induite par le syndrome douloureux (cf. c. 6.2.3 in fine). A toutes fins utiles, le TA ajoute encore que même s'il n'existait pas de motifs d'exclusion, la preuve de l'incapacité de travail (2^{ème} étape) ne pourrait pas non plus être établie de manière concluante et sans contradiction. En effet, il est admis que la pathologie psychique du recourant trouve son origine dans une enfance difficile et que certains diagnostics somatiques le restreignent dans certaines activités. Il n'en demeure pas moins que l'assuré dispose d'un potentiel de compensation, notamment avec une structure quotidienne équilibrante (il vit en couple avec sa partenaire avec des projets d'avoir des enfants). Il est aussi à même d'organiser ses journées de manière structurée, dispose d'un (nouveau) réseau de connaissances et est capable d'améliorer encore son hygiène de vie en supprimant son addiction au cannabis, voire au tabac. Ces éléments permettent au TA de conclure qu'il existe des indicateurs excluant un TSD (si tant est qu'il faille retenir cette pathologie) invalidant.

7.

7.1 Sur la base de la capacité de travail résiduelle du recourant ainsi fixée (capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée moyennant une perte de rendement de 10% en raison de restrictions sur le plan psychique), il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en résultant.

D'emblée, il faut rejeter l'argument du recourant par lequel il prétend qu'il n'existe aucune activité professionnelle compatible avec les atteintes à la santé multiples du recourant. Selon les profils d'exigibilité décrits dans les expertises, le recourant est capable (à 90%) d'exercer toute activité moyenne permettant de varier les positions et de respecter une certaine ergonomie au niveau du dos, se déroulant dans un milieu tempéré, éloigné d'émanations poussiéreuses, par ailleurs bien structurée et n'exigeant pas une collaboration trop étroite avec un groupe nombreux, ni trop de contacts avec l'extérieur. Dans un marché du travail équilibré (qui sert de référence en AI), il existe manifestement des emplois (par ex. en fabrique ou dans

des ateliers de mécanique), satisfaisant aux conditions requises, correspondant aux facultés du recourant et à la portée de ce dernier, en vertu de son obligation de réinsertion personnelle (ATF 138 V 457 c. 3.1 et 3.2).

7.2 Pour calculer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPG; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2a et b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174).

7.3 En l'espèce, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2011 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI: dépôt de la demande en novembre 2010 et délai de 6 mois échu en mai 2011, à supposer qu'à cette date on puisse admettre qu'une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% avait déjà persisté durant une année sans interruption notable).

7.4 S'agissant du revenu sans invalidité, dans la décision contestée, l'intimé a abandonné son évaluation fixée à Fr. 47'361.- (sur la base des extraits de comptes individuels et en relation avec la dernière activité d'indépendant exercée par le recourant) pour se rallier à la prise de position de son service des enquêtes adoptant un montant de Fr. 67'179.-, calculé sur la base du salaire annuel moyen d'un ramoneur, au bénéfice de quatre à six années de pratique, selon la convention collective de travail zurichoise en la matière et indexé à 2011 (publication de l'association zurichoise des ramoneurs). Rien ne justifie de s'écarter de ce montant, incontesté en tant que tel et qui s'avère en tous les cas plus favorable au recourant que si l'intimé avait opté et comme il l'avait fait initialement, pour

une prise en compte, sur la base des extraits de comptes individuels, du dernier revenu d'indépendant (indexé à 2011).

7.5 Le revenu (hypothétique) d'invalidé doit se fonder sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; les tables statistiques de salaires, d'indexation et de durée normale de travail dans les entreprises sont accessibles à partir du site internet de l'OFS) étant donné que l'assuré n'a plus repris d'activité lucrative exigible, depuis la fermeture de son atelier de mécanique, en décembre 2010 (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). Si l'on table, comme retenu à bon droit par l'intimé, sur le revenu général du secteur privé (valeur "Total") de l'ESS 2010 pour une activité ne requérant pas de qualification professionnelle (TA1, hommes, niveau 4, Fr. 4'901.-, 12 fois l'an; SVR 2002 UV n° 15 c. 3c/cc), l'on parvient, après indexation à l'évolution des salaires nominaux en 2011 (T1.93 [1993=100], valeur "Total" hommes 2010: 123.4; 2011: 124.5), et adaptation au temps de travail usuel en 2011 de 41,7 heures (valeur "Total"; les salaires ESS sont standardisés à 40 heures hebdomadaires; ATF 126 V 75 c. 3b/bb), à un salaire annuel de Fr. 61'858.-. Il faut encore tenir compte, en raison de la restriction d'ordre psychique retenue par l'expert psychiatre, d'une perte de rendement de 10% (Fr. 55'672.-). Au surplus, et à l'instar de l'Office AI, il y a lieu de concéder un abattement de 15% (sur le maximum de 25% admis par la jurisprudence), pour tenir compte des spécificités personnelles et professionnelles du recourant (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). En effet, en l'occurrence, l'Office AI prend certes un raccourci en expliquant le taux de 15% de l'abattement supplémentaire par la limite maximale de 25%, sans distinguer la perte de rendement médicalement attestée de 10% de la question de l'évaluation de l'abattement. Cependant, il est vrai que seules peuvent justifier un abattement les caractéristiques qui n'auraient pas déjà été comptées du fait du choix du salaire statistique et de la perte de rendement. En l'espèce, les 15% accordés se situent dans le pouvoir d'appréciation dont dispose l'intimé. On peut considérer qu'ils tiennent compte de l'âge du recourant, de l'éventuel changement de profession et statut (indépendant/dépendant) impliqué par les handicaps et son éloignement complet du marché du travail depuis 2010. Par ailleurs, l'évaluation s'inscrit aussi tout à fait dans

les limites de la jurisprudence en la matière selon laquelle un abattement ne se justifie pas, en partant d'un revenu avec invalidité calculé sur la base statistique des activités non qualifiées de l'ESS, si une activité légère à moyenne est encore exigible et le temps partiel n'est pas inférieur à 80%, quand bien même le profil d'exigibilité limite les attentes de rendement et impose une activité ménageant le dos et, de la part des supérieurs et collègues, une attitude particulièrement prévenante (TF 8C_740/2014 du 11 février 2015 c. 4.5, 8C_693/2014 du 22 janvier 2015, 8C_97/2014 du 16 juillet 2014 c. 4.2). L'on parvient ainsi à un revenu d'invalidé de Fr. 47'321.-.

7.6 En comparant le revenu d'invalidé de Fr. 47'321.- avec le revenu sans handicap de Fr. 67'179.-, l'on aboutit à un degré d'invalidité (après arrondissement, ATF 130 V 121) de 30%, taux inférieur au degré minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. A noter que même un abattement maximal de 25% sur le revenu de personne invalide ne déboucherait toujours pas sur l'octroi d'une rente AI, le degré d'invalidité arrondi étant alors de 38%.

7.7 Par souci de complétude, il convient encore de relever que si l'octroi d'une rente peut d'emblée être nié, la décision de refus de celle-ci peut être prononcée indépendamment de la question d'éventuelles mesures de réadaptation (TF 8C_515/2010 du 20 octobre 2010 c. 2.2). Il incombe le cas échéant au recourant de demander des mesures d'aide au placement s'il se sent en état de collaborer.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours interjeté contre la décision du 17 avril 2015 doit être rejeté.

8.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

8.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGa a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
 - à [...].

La présidente:

La greffière:
e.r.: J. Desy, greffier

Voie de recours

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