

200.2015.612.AI

DEJ/BEJ

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

**Jugement du 10 novembre 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 9 juin 2015

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, ressortissant italien né en 1958, père et beau-père de deux enfants majeurs, sans formation professionnelle certifiée en Suisse, a déposé le 21 décembre 2012 une demande (datée du 17 décembre 2012) de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI), en indiquant souffrir principalement de douleurs au dos depuis novembre 2011. Engagé, depuis 2004 et en dernier lieu, en qualité de magasinier, l'intéressé s'est ponctuellement trouvé en incapacité de travail complète dès le mois de février 2012, puis de façon continue dès le 13 novembre 2012. Son contrat de travail a été résilié au 31 juillet 2013.

Saisi de la demande de prestations précitée, l'Office AI Berne a, notamment, recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants et a consulté le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie. Suite à l'appréciation de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a organisé une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique), laquelle a été réalisée en juin 2013. Avec l'encouragement du médecin généraliste traitant, un entraînement au travail a alors été mis en œuvre. Moyennant sommation et rappel de l'obligation de l'assuré de réduire le dommage, cet entraînement a pu commencer en août 2013, avant d'être interrompu le 17 octobre 2013. Après avoir recueilli différents rapports médicaux complémentaires et avoir à nouveau consulté son SMR, l'Office AI Berne a diligenté une nouvelle expertise médicale, pluridisciplinaire, auprès d'un centre d'expertises pluridisciplinaires lié à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par convention (CEM, en l'espèce CEM [...]), laquelle a eu lieu les 2, 3 et 4 mars 2015. Sur cette base, par préorientation du 27 avril 2015, confirmée par décision du 9 juin 2015, l'Office AI Berne a nié le droit de l'intéressé à une rente de l'AI.

## **B.**

Par acte du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'intéressé, représenté par un mandataire professionnel, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée en concluant, sous suite des frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente à dire de justice mais au minimum d'une demi-rente d'invalidité et, éventuellement, au renvoi du dossier pour nouvelle expertise médicale. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, complétant sa requête par l'envoi d'un document complémentaire le 6 juillet 2015.

Dans son mémoire de réponse du 3 août 2015, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours.

Le 26 août 2015, le recourant a répliqué et maintenu ses conclusions. L'intimé a renoncé à dupliquer.

Le 15 septembre 2015, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 9 juin 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente de l'AI faute d'un degré d'invalidité suffisant. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et soit l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à tout le moins, soit le renvoi de la cause à l'intimé. Est principalement contesté le caractère probant de l'expertise médicale pluridisciplinaire réalisée en mars et avril 2015.

**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 légitimé, le recours est

recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

**2.2** 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 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, pourrait encore 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).

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1).

**2.3** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). 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).

**2.4** 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 d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). 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).

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

### **3.**

**3.1** Dans la décision contestée du 9 juin 2015, l'Office AI Berne s'est principalement basé sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2015 pour retenir que la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée. En substance, il considère que ladite expertise est probante, même avec les critères définis par le Tribunal fédéral (TF) dans sa nouvelle jurisprudence relative aux troubles de la douleur. Ainsi, même en tenant compte d'un abattement de 15%, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert, dès lors que la comparaison des revenus de valide et d'invalidé ne met pas en évidence de perte de revenu.

**3.2** Le recourant, quant à lui, fait en substance valoir que l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée n'est pas probante. En effet, selon lui, d'une part, elle se révélerait contraire à l'avis des médecins traitants et, d'autre part, elle ne tiendrait pas compte de la nouvelle jurisprudence du TF relative à l'évaluation des troubles douloureux. Par ailleurs, le recourant reproche à l'expertise de ne pas déterminer précisément quelle activité est encore exigible de sa part et fait grief à l'intimé de ne pas avoir, pour l'estimation du revenu d'invalidé, tenu compte de son âge et du contexte professionnel dans lequel il évolue, eu égard notamment à son absence de formation professionnelle et à la très grande difficulté pour lui de retrouver, cas échéant, un emploi.

**3.3** Dans le cadre du présent litige, il s'agit ainsi principalement d'examiner si l'expertise pluridisciplinaire s'avère probante, notamment eu égard aux éventuels avis divergents des médecins traitants et à la jurisprudence actuelle du TF concernant les troubles de la douleur. Cas échéant, il conviendra également d'examiner si le recourant peut encore mettre en valeur sa capacité de travail sur le marché de l'emploi.

### **4.**

**4.1** Sur les plans personnel et professionnel, on peut retenir ce qui suit:

**4.1.1** Les informations relatives aux premières années de vie du recourant se révèlent peu précises. Selon le recours (art. 1; selon d'autres documents, il serait né en Suisse), le recourant est né en Italie en 1958 et est venu en Suisse à l'âge de six ans. Au terme de sa scolarité, effectuée intégralement en Suisse, il a effectué une année d'apprentissage d'employé de commerce à Berne et s'est formé en Italie – sans que cette formation ne soit reconnue en Suisse – en qualité de dessinateur en bâtiment (la chronologie diffère; voir le CV du recourant au dossier [dos.] AI 15 ou les informations énoncées aux experts dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire au dos. AI 83.1/32). Le recourant est divorcé de sa première épouse, d'origine portugaise; son fils, avec lequel il a de bons contacts, vit au Portugal (voir dos. AI 83.1/14). Séparé de sa seconde épouse, il habite désormais avec la fille de cette dernière (voir dos. AI 83.1/14).

**4.1.2** Depuis 1982, le recourant a travaillé dans différents lieux en exerçant plusieurs professions (notamment vendeur, magasinier; voir CV au dos. AI 15). En dernier lieu, il a travaillé, depuis 2004, en qualité de magasinier (*Lager - & Speditionsmitarbeiter*) dans une entreprise d'articles et meubles de bureau et de matériel scolaire (voir dos. AI 12). Dès 2011, il a indiqué ressentir des douleurs, principalement au niveau du dos, et éprouver de multiples brûlures et gonflements d'air dans son corps (voir notamment dos. AI 7 et 9.2). Dès le début de l'année 2012, une pleine incapacité de travail lui a été reconnue à plusieurs reprises, puis de manière continue dès novembre 2012 (voir dos. AI 9.3/3 et 60). Son contrat de travail a finalement été résilié au 31 juillet 2013 et il a perçu des indemnités journalières en cas de maladie par l'assureur de son employeur jusqu'au mois de septembre 2014. Depuis lors, l'assuré dépend financièrement de l'aide sociale (voir dos. AI 64-65; voir également recours PJ 5 et 6).

**4.2** Sur le plan médical, il ressort du dossier les éléments principaux suivants:

**4.2.1** Sur recommandation de son SMR (voir dos. AI 21), l'Office AI Berne a diligenté une première expertise bidisciplinaire, laquelle a eu lieu en juin 2013.



Dans son rapport du 12 juin 2013 (examen personnel du 3 juin 2013), la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a retenu les diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, de syndrome douloureux lombo-vertébral (avec claudication et extension des maux dans les jambes, bras et abdomen), de douleurs cervico-thoraciques et d'un éventuel trouble psychiatrique. La médecin relève également, toutefois sans que cela n'ait d'effet sur la capacité de travail, un status après une opération cardiaque (*STENT-Operation* réalisée en février 2013), un début de coxarthrose des deux côtés, un abus de nicotine, un status après une fracture de la clavicule gauche, une hernie inguinale du côté droit, une hypercholestérolémie et une hypertonie, et, finalement, des vertiges. Selon elle, la capacité de travail du recourant dans l'activité exercée jusqu'alors (magasinier ou *Lagermitarbeiter*) n'est plus possible que trois heures par jour au maximum, soit 35% environ. Dans une activité adaptée, la médecin retient une diminution de rendement de l'ordre de 15%, en raison des courtes pauses nécessaires, et considère ainsi le recourant capable de travailler à 85%.

Dans son rapport médical du 18 juin 2013 (examen personnel du 11 juin 2013), le Dr D.\_\_\_\_\_, titulaire d'un FMH en psychiatrie et psychothérapie, retient les diagnostics de trouble somatoforme persistant (F45.4, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'organisation mondiale de la santé [OMS]), de dépression réactive (F43.20 CIM-10) en automne 2012, en rémission, et de difficultés liées à l'orientation de son mode de vie (Z73.1 CIM-10). Selon l'expert, les diagnostics posés n'ont pas de conséquence sur la capacité de travail du recourant.

Dans leur conclusion bidisciplinaire, les médecins retiennent l'évaluation effectuée dans le volet neurochirurgical de l'expertise, dès lors que les affections mises à jour dans le volet psychiatrique n'ont pas d'influence sur la capacité de travail.

**4.2.2** Après un entraînement au travail interrompu en raison de la conviction subjective du recourant de ne pas être capable de travailler (voir dos. AI 48), l'Office AI Berne a à nouveau consulté son SMR. Ce dernier a, le 27 mai 2014, recommandé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire

(orthopédie, médecine interne, chirurgie abdominale, psychiatrie et, au besoin, neurologie et urologie). Cette expertise a été réalisée les 2, 3 et 4 mars 2015 et il en a résulté un rapport commun des experts du 20 avril 2015.

Les diagnostics retenus, ayant une influence sur la capacité de travail, sont un syndrome douloureux panvertébral (M54.80 CIM-10) et une maladie coronarienne (I25.1 CIM-10). Sans que cela n'ait une influence sur la capacité de travail, les experts ont également retenu les diagnostics d'un épisode dépressif léger (F32.0 CIM-10), un trouble de la somatisation (F45.0 CIM-10), un syndrome métabolique, un abus de nicotine (F17.1 CIM-10), une diathèse atypique à l'anamnèse (T78.4 CIM-10) et un status après une opération urologique réalisée en 2011.

Sur la base de ce qui précède, les six experts ont estimé, dans leur évaluation commune finale, que le recourant présente une complète incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors (magasinier) et dans toutes les activités nécessitant d'être uniquement debout ou nécessitant principalement une charge corporelle moyenne ou lourde. Dans une activité adaptée, soit une activité engendrant une charge corporelle faible et par intermittence moyenne, ni la capacité de travail ni le rendement ne sont limités. Aucune mesure médicale visant à améliorer la capacité de travail ne peut être proposée, étant toutefois précisé qu'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique pourrait se révéler aidant, et des mesures professionnelles ne peuvent être recommandées au vu du peu de chance de réussite desdites mesures en raison de la conviction subjective de maladie présente chez le recourant.

**4.2.3** Il existe au dossier un grand nombre de rapports médicaux émanant des médecins traitants du recourant, que ce dernier a consultés à de nombreuses reprises dès 2007 (voir notamment liasse de rapports médicaux envoyés par un médecin traitant le 7 janvier 2012 [dos. AI 7] et deux dossiers de l'assureur perte de gain en cas de maladie [dos. AI 9 et 52]; pour une liste exhaustive voir l'anamnèse [ch. 2] de l'expertise pluridisciplinaire, à laquelle il peut être renvoyé). Il sera revenu sur le contenu de ces rapports en tant que besoin dans les considérants qui suivent.

En ce qui concerne les éléments médicaux relativement récents, on relèvera le rapport médical du 10 février 2015 du spécialiste FMH en médecine interne générale traitant le recourant depuis 2013. Dans ce rapport médical, le médecin retient les diagnostics de trouble de la douleur chronique avec une part tant physique que psychique, un status après opération du canal déférent en 2011, une sténose progressive du canal spinal L4/5, un status après plusieurs infiltrations de cortisone, un soupçon de syndrome de la douleur chronique au niveau du pelvis, une concrétion du rein droit (calice), un soupçon de neuropathie/polyneuropathie, un diabète mellitus de type II, une maladie coronarienne, un status après opération d'une hernie inguinale (2014) et une hypertension artérielle. On peut également mentionner qu'il relève que son patient souffre, selon lui, également de dépression en raison des douleurs chroniques endurées. Sur la base de ce qui précède, le médecin retient que son patient présente une pleine incapacité de travail.

Finalement, on mentionnera également que le recourant a joint à son recours de nouveaux rapports médicaux émanant de son généraliste traitant (PJ 3) et d'un centre de la douleur (PJ 4). Il a également produit des rapports médicaux émanant de deux médecins psychiatres et une liste des médicaments prescrits par le généraliste traitant (PJ 27 août 2015), ainsi que des rendez-vous dans des centres psychiatriques (PJ 16 septembre 2015).

## **5.**

Il convient dans un premier temps de déterminer la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 20 avril 2015.

**5.1** D'un point de vue strictement formel tout d'abord, cette expertise apparaît complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir ci-avant c. 2.4). Le contexte médical est clairement décrit (voir notamment l'énumération de tous les rapports médicaux au dossier au ch. 2 de l'expertise pluridisciplinaire au dos. AI 83.1) et les conclusions des experts motivées. L'expertise fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le

caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant. Elaborée sur la base d'examens personnels de l'assuré en médecine interne, en psychiatrie, en chirurgie orthopédique, en neurologie, en chirurgie et en urologie, elle comporte une anamnèse précise sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par les experts (voir les ch. 3.6, 4.1.8, 4.2.8, 4.3.7, 4.4.1 et 4.5.7 de l'expertise pluridisciplinaire), démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier.

**5.2** Quant à l'aspect matériel de l'expertise, il faut souligner que les experts n'ont pas caché ou minimisé les atteintes du recourant. Ils ont ainsi relevé que ce dernier souffre principalement d'une maladie coronarienne et d'un syndrome douloureux panvertébral chronique, ce qui a des répercussions sur sa capacité de travail et l'empêche d'exercer un emploi nécessitant le port répété de lourdes charges ou s'exerçant exclusivement debout (voir ci-avant c. 4.2.2). Ils ont ainsi admis une atteinte à la santé telle qu'elle a des répercussions sur les activités professionnelles que peut exercer le recourant. Par ailleurs, les experts ont relevé l'existence d'autres diagnostics mais ont considéré, au terme d'une évaluation minutieuse et sans les banaliser, qu'ils n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail du recourant.

**5.2.1** Ainsi, l'expert psychiatre a exposé et expliqué de manière convaincante le diagnostic principal qu'il retient, à savoir un trouble de la somatisation (F45.0 CIM-10; voir le ch. 4.1 de l'expertise pluridisciplinaire au dos. AI 83.1). Il a également retenu l'existence d'un épisode dépressif léger (F32.0 CIM-10). Tout en considérant le pronostic comme incertain, il évalue la capacité de travail du recourant comme complète et non affectée par les troubles dont ce dernier souffre. En substance, il explique que si le recourant est persuadé de ne plus être capable de travailler, cette conviction (*Selbsteinschätzung*) ne peut être objectivée par ses constatations d'ordre psychiatrique (*psychiatrischen Befunde*). Ainsi, à titre d'exemple, l'expert psychiatre a notamment mis en évidence que le recourant conduit encore sa voiture quand bien même il évoque des troubles de la concentration, de même qu'il envisage de voyager malgré les douleurs. Prenant note de l'inexistence (au moment de l'expertise) d'un

traitement psychiatrique ou psychothérapeutique, l'expert psychiatre souligne également qu'une telle démarche pourrait se révéler aidante dans la mesure où elle serait prise au sérieux par le recourant. Finalement, il a discuté les diagnostics posés tant par son confrère dans son expertise de 2013 (voir ci-avant c. 4.2.1) que par deux psychiatres traitant l'assuré (Dr E. \_\_\_\_\_ le 26 mars 2013 et Dr F. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> avril 2013), ainsi que par les médecins de l'hôpital de l'île en 2012, en exposant de façon claire et précise pourquoi il s'écartait de certains diagnostics. L'expert psychiatre a ainsi expliqué de façon convaincante pourquoi il retenait un trouble de la somatisation (F45.0 CIM-10) en lieu et place d'un trouble somatoforme douloureux (F45.40 CIM-10), notamment eu égard à la multiplication des douleurs somatiques. En ce qui concerne les diagnostics posés par la Dr E. \_\_\_\_\_ (dos. AI 52.2/33-35), l'expert psychiatre relève que les soupçons de troubles de la somatisation et de la personnalité mentionnés ne peuvent être confirmés par son examen qu'en ce qui concerne le premier; concernant le second, il explique que quand bien même ces troubles devaient exister, alors ils n'auraient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant, dès lors qu'il ne s'agit pas d'une maladie au sens de la CIM-10 et qu'il ne s'agit pas d'une comorbidité des troubles somatoformes douloureux. Quant au diagnostic de trouble de la personnalité posé par le Dr F. \_\_\_\_\_ (dos. AI 52.2/37-39), l'expert psychiatre explique de façon détaillée pourquoi il s'en écarte, notamment eu égard au fait qu'un tel trouble se serait déclaré plus tôt et se serait déjà manifesté à l'école ou au travail, ce qui n'a pas été le cas. En ce qui concerne l'existence d'une dépression de degré moyen, l'expert psychiatre expose de façon détaillée, en se référant notamment aux critères définis par la CIM-10 pour une telle affection, pourquoi il s'en distancie. On relèvera encore, finalement, que les diagnostics posés par les deux experts psychiatres, en 2013 et en 2015, se recourent, à tout le moins, dans leurs conclusions, à savoir une pleine capacité de travail. S'il faut certes considérer avec prudence l'évaluation effectuée en 2013 par l'expert psychiatre dans la mesure où il avait déjà été consulté, à titre personnel, précédemment par le recourant (voir dos. AI 9.4/35-36), il n'en demeure pas moins que ses conclusions recourent celles de l'expert psychiatre de 2015.

**5.2.2** L'expert en médecine interne a exposé que le seul diagnostic précédemment posé relevant de sa spécialité consistait en la maladie coronarienne du recourant, dont il a confirmé les conséquences sur la capacité de travail du recourant (voir le ch. 3.6 de l'expertise pluridisciplinaire). Au surplus, il a relevé que le recourant souffre d'un syndrome métabolique, d'un abus de nicotine et d'une diathèse atypique à l'anamnèse, toutefois sans que ces atteintes n'aient de conséquence déterminante sur la capacité de travail du recourant.

**5.2.3** L'expert en orthopédie a pris position sur les diagnostics posés en 2012 et sur la précédente expertise, réalisée en 2013 (voir ci-avant c. 4.2.1), en confirmant intégralement tant les diagnostics que leurs conséquences, à l'exception de la diminution de rendement dans une activité adaptée, qui n'existe pas selon lui (voir le ch. 4.2.8 de l'expertise pluridisciplinaire). Au surplus, il faut souligner que cet expert n'a nullement banalisé les atteintes physiques du recourant et retient, au terme de son examen complet, une incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors en raison des atteintes qu'il a mises en exergue. Cet expert mentionne également un soupçon d'exagération des douleurs (*Schmerzausweitung*).

**5.2.4** Sur le plan neurologique, l'expert a pleinement confirmé le diagnostic de hernie discale précédemment posé, tout en soulignant que les conséquences de cette atteinte doivent être évaluées par le spécialiste en orthopédie (voir le ch. 4.3.7 de l'expertise pluridisciplinaire au dos. AI 83.1). A titre personnel, il soupçonne l'existence de troubles somatoformes douloureux (F45.40 CIM-10) et d'un début de polyneuropathie (G62.8 CIM-10), de même qu'une sténose du canal spinal (M54.5 CIM-10) et un syndrome cervico-brachial (M53.1 CIM-10), en soulignant toutefois que ces atteintes n'ont pas de conséquences sur la capacité de travail du recourant.

**5.2.5** L'expert en chirurgie viscérale a énuméré l'ensemble des diagnostics déjà posés et relevant de sa spécialité dans le cadre de son anamnèse (voir le ch. 4.4.1 de l'expertise pluridisciplinaire). Il retient à titre personnel un diagnostic de douleurs localisées dans le bas ventre du recourant et au niveau inguinal sans cause organique visible (R10.3

CIM-10) dans le cadre d'un status après une hernie inguinale des deux côtés (K40.2 CIM-10), sans que ces atteintes n'aient d'effet sur la capacité de travail. Il retient également que les douleurs décrites par le recourant ne sont pas explicables d'un point de vue organique et qu'une opération ne devrait être envisagée qu'en dernier recours, en particulier en raison des troubles de la douleur évoqués par le recourant.

**5.2.6** L'expert en urologie a pleinement confirmé les diagnostics précédemment posés (voir le ch. 4.5.7 de l'expertise pluridisciplinaire). Il retient quant à lui des douleurs peu claires dans le bas-ventre au niveau périnéal et inguinal, un status après une plastie d'une hernie épiploïque bilatérale suite à une hernie inguinale à droite et une opération urologique réalisée en 2011. Si l'expert retient certes que le recourant évoque des douleurs, ces dernières ne sont pas suffisantes pour justifier une incapacité de travail. Il précise encore que l'incapacité de travail doit principalement être évaluée sur le plan psychiatrique en relation avec le vécu lié à ces douleurs.

**5.2.7** Il ressort de ce qui précède qu'il existe un consensus en ce qui concerne, à tout le moins, les diagnostics somatiques retenus tant par les médecins traitants que par les experts. Sur le plan psychosomatique, si les avis médicaux divergent quelque peu, l'expert psychiatre en a expliqué les raisons de façon convaincante. On relèvera encore que les rapports médicaux joints au recours, dont notamment une prise de position du médecin généraliste traitant sur le projet de décision négative de l'Office AI Berne, ou transmis ultérieurement, ne mettent nullement en doute les conclusions des experts (voir ci-avant c. 4.2.3). En effet, les diagnostics relevés, tant somatiques que d'ordre psychiatrique, ont déjà été examinés longuement par les experts et rien n'indique que jusqu'à la date déterminante de la décision contestée (ATF 131 V 242 c. 2.1), l'état de santé du recourant ait subi une modification décisive. Par ailleurs, ces documents n'apportent aucun élément nouveau ou information n'ayant pas encore fait l'objet d'investigations. Certes, la liste de médicaments que prend le recourant est considérable. Toutefois, il faut relever que les experts, qui ont eu connaissance des médicaments prescrits, ont certes reconnu que le recourant, d'après les analyses effectuées, prenait

effectivement des médicaments (la benzodiazépine en dose modeste), mais que le genre des médicaments absorbés pouvait accentuer les symptômes dépressifs et les troubles du sommeil. Ils ont préconisé une optimisation de la médication (dos. AI 83.1/17 et 33). Il en résulte donc que les possibilités thérapeutiques ne sont pas épuisées. Par ailleurs, même s'il faut constater que le recourant a entamé une démarche de soins d'ordre psychiatrique, cette dernière est postérieure à la décision rendue par l'Office AI Berne. On ne saurait en particulier qualifier le diagnostic psychiatrique d'incertain au vu de la constance des éléments apportés par les médecins psychiatres.

**5.2.8** Sur la base de ce qui précède, les diagnostics retenus dans l'expertise pluridisciplinaire peuvent être pleinement confirmés, ce qui, en soi, semble admis par le recourant, qui conteste bien davantage les conséquences des diagnostics posés, soit la capacité de travail.

**5.3** Quant à la capacité de travail du recourant, il existe une différence entre l'évaluation du médecin généraliste traitant, qui retient une pleine incapacité de travail (voir ci-avant c. 4.2.3), ainsi qu'il l'a d'ailleurs confirmé en prenant position le 13 mai 2015 sur la réorientation de l'Office AI Berne (recours PJ 3), et celle des experts qui retiennent une capacité complète de travail dans une activité adaptée (voir ci-avant c. 4.2).

**5.3.1** On peut relever, tout d'abord, le soin apporté par les experts, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, à l'évaluation de la capacité de travail du recourant (voir en particulier le ch. 6.2 de l'expertise pluridisciplinaire). Les experts ont ainsi relevé qu'il existait une diminution de la capacité de travail, en raison des affections orthopédiques qui touchent le recourant (syndrome pan-vertébral chronique), en ce sens que ce dernier ne peut plus travailler dans des activités nécessitant d'être exclusivement debout ou les activités très lourdes ou moyennement lourdes. En particulier, il est relevé que le port régulier de charges de plus de 10 kilos devrait être évité. Par ailleurs, la maladie coronarienne du recourant diminue également la capacité de travail du recourant dans les mêmes activités que l'atteinte orthopédique, soit dans les activités moyennement ou très lourdes. En ce qui concerne une activité adaptée, les experts ne retiennent aucune limitation de la capacité de travail. Cette



appréciation rejoint l'évaluation effectuée dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2013, en ce sens qu'il existe une limitation de la capacité de travail en raison des atteintes orthopédique et cardiaque du recourant (évaluée à 35% de capacité de travail), mais qu'en revanche, la capacité de travail est complète dans une activité adaptée, avec toutefois une diminution de rendement de l'ordre de 15% en raison des pauses nécessaires. Dans les deux cas, il a été retenu que les atteintes psychologiques ou psychiques du recourant n'avait pas de conséquence sur sa capacité de travail. Concernant l'avis divergent du médecin généraliste traitant, il convient de relever la différence de mandat donné à un médecin traitant et à un médecin agissant en tant qu'expert. S'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit toutefois tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant et plus encore du médecin chargé d'une thérapie de la douleur en raison de son rapport de confiance particulier et de la nécessité d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Dans ces circonstances, on peut relativiser la pleine incapacité de travail évaluée par le médecin généraliste traitant, ce d'autant plus qu'il n'explique nullement de façon précise et documentée, au-delà de l'énumération des diagnostics et de la médication, les raisons l'amenant à un tel résultat.

**5.3.2** Certes, comme le recourant le fait valoir, eu égard à l'époque où elles ont été élaborées, les conclusions proposées par les experts, sur le plan juridique, se réfèrent à l'ancienne jurisprudence relative au caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'atteintes assimilées, fondée sur le modèle de la présomption. L'ATF 141 V 281 (arrêt rendu le 3 juin 2015) a modifié cette pratique en remplaçant le modèle règle/exception par une grille d'évaluation normative et structurée sur la base d'un catalogue d'indicateurs qui rassemble les éléments essentiels propres aux conséquences fonctionnelles des troubles de nature psychosomatique. Cette nouvelle jurisprudence doit en principe s'appliquer aux cas encore pendants au moment du changement (TF 9C\_476/2009 du

7 décembre 2009 c. 3.3). Toutefois, l'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante et, en l'occurrence, dans le cadre de l'examen global et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce ainsi que 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 et 137 V 210 c. 6). En effet, on relèvera, dans un premier temps, que le diagnostic d'un trouble de la somatisation est clairement documenté, notamment eu égard aux critères énumérés dans la CIM-10 (voir l'ATF 142 V 106 c. 4 pour l'applicabilité de la nouvelle jurisprudence susmentionnée à un tel trouble). Ensuite, le rapport d'expertise du 13 avril 2015, s'il a certes examiné différents critères issus de l'ancienne jurisprudence (et notamment les critères dits de Foerster), met l'accent sur les limitations et les ressources du recourant, de même qu'il décrit aussi certaines incohérences entre les plaintes exprimées et les résultats des différents examens. L'expertise permet tout à fait une appréciation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire. En particulier, il est insisté sur le ressenti du recourant de ne plus être capable de travailler, lequel ressenti ne peut être objectivé d'un point de vue psychiatrique (ch. 4.1.7 de l'expertise pluridisciplinaire). Au niveau du diagnostic, les experts ont certes relevé différentes atteintes somatiques, dont notamment un syndrome panvertébral et une maladie coronarienne, de même qu'un trouble de la somatisation et un épisode dépressif léger. Toutefois, quant à l'appréciation de l'incapacité de travail, que les experts ont toutefois limitée aux seules répercussions liées aux diagnostics orthopédique et cardiaque, elle découle aussi logiquement de leurs observations médicales et de l'anamnèse. Par ailleurs, les ressources personnelles et le contexte social, de même que les difficultés rencontrées au travail par le recourant, fournissent les indications nécessaires pour corroborer l'avis des experts, même sous l'empire de la grille d'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence.

**5.4** L'expertise médicale pluridisciplinaire du 20 avril 2015, qui remplit les conditions formelles posées par la jurisprudence (voir ci-avant c. 5.1) est également convaincante sur le plan matériel. Elle se fonde sur une

connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En outre, ils ont procédé eux-mêmes à un examen personnel du recourant et ont pris en compte les plaintes subjectives de ce dernier, ainsi que son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, systématique, sociale et professionnelle). Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une valeur probante entière peut dès lors être reconnue à l'expertise du 20 avril 2015; aucune mesure d'instruction complémentaire n'est nécessaire.

Il faut ainsi retenir avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales [ATF 138 V 218 c. 6]) que le recourant ne souffre d'aucune incapacité de travail dans une activité adaptée. Le Tribunal peut faire sienne l'estimation médicale des conséquences des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail (voir ci-avant c. 2.4 in initio).

**5.5** Le recourant se plaint ensuite du fait que les experts n'ont pas défini de façon suffisamment précise les activités encore adaptées à sa situation. Cette allégation ne résiste pas à l'examen. En effet, les experts ont soigneusement décrit, à tout le moins, les activités qui ne sont pas possibles (voir ci-avant c. 5.3.1). Ainsi, le port répété de charges de plus de 10 kilos n'est plus possible, de même que les activités nécessitant d'être exclusivement debout ou les activités très lourdes ou moyennement lourdes. Cette délimitation est suffisamment concrète. Elle permet de se rendre compte des activités offertes sur le marché du travail encore accessibles au recourant.

**5.6** Le recourant fait ensuite valoir qu'au vu notamment de son âge et de son absence de formation, il n'a aucune chance de retrouver un emploi.

**5.6.1** Une absence d'activité lucrative pour des motifs étrangers à l'invalidité (tels qu'un âge avancé, un manque de formation ou des difficultés linguistiques) ne saurait justifier un droit à une rente. Ce dernier

est en effet conditionné par l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé (ATF 107 V 17 c. 2c; VSI 1999 p. 246 c. 1).

L'âge avancé, même s'il consiste en un facteur étranger à l'AI, est considéré comme un élément qui, associé à d'autres considérations personnelles et professionnelles, peut conduire à ce que la capacité de gain encore reconnue à une personne assurée ne soit réellement plus recherchée sur un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit dès lors plus exigible de cette personne, même en vertu de son obligation de se réadapter personnellement. L'absence d'une capacité résiduelle de gain exploitable du point de vue économique conduit à une incapacité de gain totale fondant un droit à une rente entière d'invalidité. L'incidence de l'âge sur la possibilité d'exploiter la capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré ne peut pas être mesurée de manière générale mais dépend des circonstances concrètes. Peuvent être à cet égard déterminants, la nature de l'atteinte à la santé et ses conséquences, le temps nécessaire à la reconversion et à l'adaptation de la personne assurée dans une nouvelle activité et, dans ce contexte également, la structure de sa personnalité, ses talents et aptitudes, sa formation, son parcours professionnel ou la possibilité de mettre en pratique l'expérience professionnelle acquise dans le domaine d'origine (ATF 138 V 457 c. 3.1).

La possibilité d'exploiter une capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré dépend principalement du temps restant encore à disposition de l'assuré pour exercer une activité professionnelle et, avant tout également, pour procéder à un éventuel changement de profession. Le moment déterminant auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 c. 3.3; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 c. 3.2.2).

**5.6.2** En l'occurrence, le recourant avait 57 ans lorsque l'expertise pluridisciplinaire a été établie. Or, la jurisprudence du TF a retenu qu'une personne âgée de 59 ans était encore objectivement susceptible d'être engagée par un employeur potentiel (TF 8C\_761/2014 précité c. 3.2.3). Dans ces circonstances, même si l'on peut penser que la recherche d'un emploi ne sera pas particulièrement aisée pour le recourant, qui ne dispose pas de formation reconnue en Suisse, il faut admettre que sa situation ne constitue pas un obstacle insurmontable pour trouver une place sur un marché équilibré du travail. Ses handicaps, somme toute relativement fréquents chez les travailleurs de son âge, même au regard de l'ensemble de sa situation, ne permettent pas d'évoquer une activité possible uniquement sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pas ou qu'elle nécessiterait des concessions irréalistes de la part d'un employeur moyen, et que de ce fait, il semble d'emblée exclu de trouver un emploi correspondant (SVR 2011 IV n° 6 c. 4.2.4, 2008 IV n° 62 c. 5.2).

**5.7** Le recourant conteste ensuite le fait que le revenu avec invalidité retenu par l'intimé est supérieur au revenu sans invalidité, ce qui conduit à la conclusion d'une absence de perte de gain (0% d'invalidité).

**5.7.1** C'est à raison que l'intimé a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour le calcul de la perte de gain liée à l'invalidité, dès lors qu'il ne fait aucun doute que le recourant travaillerait à temps plein s'il était en bonne santé. Dans ce contexte, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2013 (ATF 129 V 222). En effet, un droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations AI (décembre 2012), soit à partir de juin 2013 (art. 29 al. 1 et 3 LAI) et le délai d'attente d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), qui avait commencé le 15 août 2012 (dos. AI 9.3/4), n'a pu expirer qu'en août 2013. Il convient donc de s'écarter des chiffres de 2012 que l'intimé a pris en compte au moment de sa décision.

## 5.7.2

**5.7.2.1** Selon les informations fournies par l'employeur du recourant en janvier 2013, son dernier revenu annuel se montait, depuis 2012, à Fr. 54'132.- (dos. AI 12). Ce chiffre n'est pas remis en cause par les pièces au dossier.

Le recourant a été employé en dernier lieu comme magasinier par une entreprise active dans le domaine du matériel et des meubles de bureau et scolaires. Si l'on se réfère au salaire statistique qui ressort de la table TA1 2012 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; toutes les tables citées ci-après sont accessibles à partir du site internet [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), plus spécifiquement le chiffre 31-33 "fabr. meubles; autres ind. manufact.; rép. et inst. machines", hommes, niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples [nouvelle classification des niveaux de compétences dès l'ESS 2012, voir lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 publiée par l'OFAS]), on aboutit à un revenu, indexé à 2013 et adapté au temps de travail hebdomadaire usuel en 2013, de Fr. 66'443.- (Fr. 5'307.- x 12 [mois] x 100.08 / 100 [table OFS T39 concernant l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, hommes, variation 2013 par rapport à 2012: 0,8%; ATF 126 V 75 c. 3b/bb] x 41.7 / 40 [table OFS DNT, durée normale du travail]; voir aussi ATF 141 V 1 c. 5.6 et 5.7). Le salaire de Fr. 54'132.- est donc inférieur de plus de 5% au salaire statistique usuel de la branche de Fr. 66'443.-.

Dans une telle situation, lorsque, comme en l'espèce, rien au dossier ne permet de penser que la personne assurée en bonne santé a délibérément choisi d'exercer durablement une activité lucrative modeste en deçà de ses possibilités (ATF 135 V 58 c. 3.4.3 et 3.4.6), il faut considérer que le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. faible formation scolaire, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques) qu'il faut neutraliser et il convient de tenir compte de cette circonstance lors de l'évaluation de l'invalidité d'après l'art. 16 LPGA en effectuant un parallélisme des deux revenus à comparer (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1). Ce parallélisme doit néanmoins seulement porter sur la part qui

excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3). En l'occurrence, il y a donc lieu de se fonder sur un revenu d'assuré valide de Fr. 63'120.- (Fr. 66'443.- diminué de 5%).

**5.7.2.2** Quant au revenu d'invalidé, il convient (aussi) de se référer aux salaires statistiques. Ainsi, compte tenu de l'activité médicalement exigible (voir ci-avant c. 5.3.1 et 5.5), l'on peut se référer à la moyenne statistique que représente la valeur "total", hommes, tâches physiques ou manuelles simples de la table TA1 2012 de l'ESS, indexée à l'année de référence 2013. On obtient ainsi un revenu hypothétique d'assuré invalide de Fr. 65'698.- (Fr. 5'210.- x 12 [mois] x 100.08 / 100 [indexation à 2013 par rapport à 2012: 0,8%] x 41,7 / 40 [adaptation à la DNT 2013]).

De ce montant, peut encore être soustrait un abattement pour tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). En l'espèce, l'Office AI Berne a estimé l'abattement à 15%. Il n'avait cependant pas procédé à un parallélisme. Or, les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer (ou une majoration de revenu hypothétique de valide) et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles. Dans une situation de parallélisme, l'abattement se limitera dès lors en général aux

circonstances relatives à l'atteinte à la santé (ATF 135 V 297 c. 5.3 et 6.2, 134 V 322 c. 5.2 et 6.2).

En l'espèce, rien n'indique toutefois que l'Office AI Berne, qui s'est déjà basé sur les tâches physiques ou manuelles simples pour calculer le revenu d'invalidé, en évaluant l'abattement à 15%, ait pris en considération d'autres facteurs que ceux découlant du profil d'exigibilité défini par les experts, à savoir les conséquences de l'atteinte à la santé (p. ex., la nécessité de trouver un travail léger, tout au plus moyennement lourd par intermittence, de pouvoir alterner les positions et un besoin de pauses plus fréquent). Dans ces circonstances, l'abattement de 15% retenu par l'Office AI Berne peut être (comme valeur maximale) confirmé, aussi dans la situation de parallélisme des revenus et l'on obtient un revenu hypothétique avec invalidité de Fr. 55'843.- (Fr. 65'698.- diminué de 15%).

**5.7.2.3** La perte de gain résultant de l'invalidité se monte ainsi à Fr. 7'277.- (Fr. 63'120.- – Fr. 55'843.-), ce qui conduit à un degré d'invalidité arrondi de 12% (Fr. 7'277.- / Fr. 63'120.- x 100 = 11.53; ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3).

## **6.**

**6.1** Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté, le recourant ne remplissant pas les conditions légales pour bénéficier d'une rente d'invalidité.

**6.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre Fr. 200.- et Fr. 1'000.-.

Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

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



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

**6.3.2** En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir PJ 5 et 6 du recours); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée.

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

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

Selon la note d'honoraires du 14 septembre 2015, qui ne prête pas à discussion, les honoraires sont taxés à Fr. 2'125.-, compte tenu de la nature du litige et de la pratique du Tribunal dans des cas semblables. A ces honoraires s'ajoutent des débours par Fr. 67.80 et la TVA, soit, au total, Fr. 2'368.20. Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 1'909.20 au titre du mandat d'office (honoraires Fr. 1'700.- [soit 8.5 heures à Fr. 200.-], débours de Fr. 67.80 et TVA de Fr. 141.40; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811], et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

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

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. \_\_\_\_\_ est désigné mandataire d'office.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. \_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 2'125.-, auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 67.80 et la TVA, soit, au total, Fr. 2'368.20; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'909.20 (Fr. 1'700.- d'honoraires, Fr. 67.80 de débours et Fr. 141.40 de TVA), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

6. Le présent jugement est notifié (R):

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

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

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