

200.2016.601.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 14 mars 2017

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 24 mai 2016

En fait:

A.

A._____, né en 1954, veuf de son deuxième mariage, père de deux enfants adultes, sans formation certifiée, est arrivé en Suisse en 1975. Il a occupé divers emplois (notamment dans la restauration, l'industrie ou le commerce de l'art) jusqu'en 1995, année durant laquelle il a quitté la Suisse pour se rendre à l'étranger afin d'y diriger sa propre galerie d'art. A son retour en Suisse en 2003, l'assuré a géré un restaurant jusqu'en 2012, avant de travailler quelques mois à la fin de l'année 2012, dans sa propre entreprise en bâtiment. Depuis janvier 2013, l'assuré a cessé toute activité lucrative pour des raisons de santé. Depuis janvier 2014, l'assuré est soutenu par les services sociaux.

Indiquant souffrir de fatigue chronique, de trouble du moral et de douleurs dorsolombaires, l'assuré a sollicité, en juin 2013, des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des généraliste et psychiatre traitantes 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 a requis, le 14 mai 2014, l'établissement d'une expertise bidisciplinaire (sur les plans neurologique [Dr C._____, spécialiste en neurologie] et psychiatrique [Dr D._____, psychiatre]). Par communication du 19 juin 2014, l'Office AI a informé l'assuré qu'il n'avait actuellement pas droit à des mesures d'ordre professionnel.

Dans un préavis du 20 mars 2015, en se fondant sur les conclusions interdisciplinaires des experts du 8 septembre 2014 et sur le rapport de son service des enquêtes du 2 février 2015, l'Office AI a informé l'assuré que, sur la base d'un degré d'invalidité de 6%, il envisageait de lui refuser l'octroi

d'une rente AI. En dépit des objections formulées contre ce préavis par l'assuré, représenté par un avocat, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 24 mai 2016.

C.

Par acte daté du 24 juin 2016, 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 24 mai 2016 et à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Dans son mémoire de réponse du 25 juillet 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Le recourant a joint la note d'honoraires de son mandataire à sa réplique du 8 septembre 2016 et n'a plus réagi après communication de la duplique du 3 octobre 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision du 24 mai 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à l'obtention d'une rente AI. L'objet du litige porte principalement sur l'annulation de cette décision et la mise sur pied d'une expertise judiciaire, subsidiairement, à l'octroi, pour le recourant, d'une rente entière d'invalidité. Est particulièrement critiqué par le recourant, le fait que l'intimé n'a pas suffisamment pris en considération la détérioration progressive de son état de santé psychique, attestée par les médecins traitants, mais s'est fondé sur les résultats trop optimistes d'une expertise dépassée.

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

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).

2.2 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 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 des conclusions des experts du 8 septembre 2014, du rapport de son service des enquêtes du 13 janvier 2016 et des avis de synthèse de son SMR (4 juin 2015 et 4 mars 2016), l'intimé, dans sa décision du 24 mai 2016, a nié le droit de l'assuré à l'obtention d'une rente AI. Pour motiver le degré d'invalidité retenu (6%), l'Office AI a considéré que l'assuré ne souffrait d'aucune limitation sur le plan psychique. En tenant compte d'un syndrome lombovertébral chronique, l'intimé a estimé que le recourant pouvait exercer une activité lucrative adaptée (activité légère variant les positions) à plein temps.

3.2 Le recourant, quant à lui, sans contester, sous l'angle formel, la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire de septembre 2014, considère néanmoins que celle-ci, sur le plan matériel, n'est plus actuelle. Selon lui en effet, elle ne tient pas compte de la péjoration de son état de santé (psychique), attestée par ses médecins traitants, et en progression constante depuis l'élaboration de l'expertise bidisciplinaire, raison pour laquelle il conclut à la mise sur pied d'une nouvelle expertise.

4.

En l'espèce, le dossier permet de constater les évaluations médicales suivantes:

4.1 Dans son rapport médical du 3 janvier 2014, la généraliste traitante de l'assuré a fait état, chez son patient, d'un trouble de la thymie mêlé à une grande fatigue et des dorsolombalgies (existants depuis janvier 2013), pathologies qu'elle considère comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Sans répercussion sur celle-ci, elle a mentionné un status post prise en charge d'un cancer de la prostate. Sur la base de restrictions psychiques, elle a considéré que l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler, en avançant des troubles de la concentration, des difficultés à soutenir une activité professionnelle en présence d'une fatigue et d'une thymie triste.

4.2 Le rapport médical du service des urgences d'un établissement hospitalier (qui a été consulté sur requête de la médecin traitant l'assuré en suspicion d'une thrombose veineuse profonde) a fait état, suite aux examens pratiqués le 10 janvier 2014, d'une thrombophlébite superficielle de la veine saphène remontant jusqu'à mi-cuisse, en présence d'une douleur du mollet gauche et une rougeur, à soigner par bandage élastique et traitement médicamenteux de deux semaines.

4.3 Dans son avis médical du 8 avril 2014, la psychiatre traitante de l'assuré a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique (F32.11 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM 10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) existant probablement depuis 2002. Elle a relevé un état anxieux, un léger ralentissement psychomoteur et des idées noires intermittentes en présence d'un patient se sentant sans énergie, défaitiste et insomniaque. Les restrictions psychiques de l'assuré en liaison avec sa pathologie se caractérisent, selon cette spécialiste, par un manque d'initiative et de confiance en soi et une impossibilité d'achever des tâches entamées. Elle considère également que l'ancienne activité de l'assuré n'est plus, en aucune mesure, exigible, en raison de restrictions psychiques et mentales.

4.4 Suivant l'avis du psychiatre du SMR du 14 mai 2014, l'Office AI a requis, par mandat du 2 juillet 2014, l'établissement d'une expertise bidisciplinaire sur les plans neurologique et psychiatrique, sur laquelle il

s'est fondé pour rendre la décision contestée, et dont les conclusions ont été consignées dans un rapport du 8 septembre 2014.

L'expert en neurologie, consulté le 1^{er} septembre 2014, a retenu comme pathologie ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome lombovertébral chronique en présence de spondylarthroses L4 jusqu'à S1, qu'il considère, à la date de l'expertise, comme étant légèrement jusqu'à moyennement marquées. D'un point de vue neurologique, l'expert a retenu que, dans une activité imposant de lourdes charges ou d'être debout en permanence, l'assuré était à même de travailler à hauteur de 60%. Dans l'exercice d'une activité légère, variant les positions (assise/debout), il a estimé que le recourant pouvait travailler à plein temps. L'expert en psychiatrie, qui a également examiné l'assuré le 1^{er} septembre 2014, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). Sous l'angle psychiatrique, ce spécialiste a estimé que la capacité de travail/de rendement de l'assuré pouvait, dans l'absolu, être altérée dans une mesure maximum de 20%, en raison d'une symptomatique dépressive (une ténacité, une confiance en soi et une capacité à lier des contacts au sein d'un groupe étant, selon lui, légèrement altérées). Néanmoins, en raison des circonstances d'espèce, à savoir, en présence d'indéniables ressources psychiques, en l'absence d'une situation psychosociale extrêmement pesante et de limitations fonctionnelles importantes, l'expert consulté est d'avis que la capacité de travail de l'assuré est pleine et entière. Il a aussi émis un pronostic favorable à la condition (impérative) que le recourant poursuive ses traitements médicaux (par la mise sur pied d'une médication appropriée et d'un suivi thérapeutique régulier).

Sous l'angle interdisciplinaire, les experts ont retenu que seules des restrictions neurologiques altéraient la capacité de travail de l'assuré, à mesure de 60% dans des activités imposant de lourdes charges, alors que dans une activité légère permettant de varier les positions, l'assuré dispose, toujours selon les experts, d'une capacité de travail pleine et entière.

4.5 Dans son avis médical du 13 mai 2015 produit en procédure de préavis, la psychiatre traitante a réitéré le fait qu'elle suivait régulièrement l'assuré depuis une année à raison d'une consultation toutes les six à huit

semaines en raison de l'exacerbation d'un trouble psychique. Elle a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.22, *recte*: F32.11) alimenté, selon cette spécialiste, par un contexte familial lourd et complexe. Considérant qu'il s'agit d'un trouble psychique chronique installé depuis des années et récalcitrant, la psychiatre traitante a estimé sur cette base que le recourant n'était pas (plus) à même d'exercer une activité professionnelle dans le marché de l'économie libre.

4.6 La prise de position succincte du 18 mai 2015 de la généraliste traitante, également formulée dans le contexte de la procédure de préavis, a mis en exergue une hypertension artérielle, un trouble de la thymie et des décompensations d'un trouble anxieux suite à la cessation de toute activité professionnelle. Sans se prononcer sur la capacité de travail, la généraliste a précisé que son patient n'était plus apte à gérer un quelconque stress extérieur.

4.7 Se prononçant sur les précédents rapports médicaux (cf. c. 4.5 et c. 4.6), le psychiatre du SMR, le 4 juin 2015, a estimé que ceux-ci n'apportaient pas de nouveaux éléments de santé à prendre en considération.

4.8 Le 16 décembre 2015, toujours sur sollicitation du mandataire du recourant dans la procédure de préavis, la psychiatre traitante a décrit une péjoration progressive et importante de l'état de santé psychique de l'assuré, en présence d'une exacerbation des symptômes anxieux et dépressifs (idées noires, état anxieux permanent). Cette spécialiste a relié cette décompensation psychique à une dégradation physique (problèmes rhumatologiques, oncologiques) et à une situation familiale douloureuse (de nombreux décès étant survenus et des soucis existant par le fait que le petit-fils de l'assuré était en détention).

4.9 Dans son bref avis médical adressé le 29 décembre 2015 au mandataire du recourant et transmis par ce dernier à l'intimé, la généraliste du recourant, en réitérant une incapacité totale de travailler, a mentionné, sans autre précision, que son patient avait été soigné du 18 mai au 7 juin 2015 de manière stationnaire dans un établissement hospitalier au sein duquel il avait suivi une réadaptation psychosomatique. Elle a aussi ajouté

que le recourant était suivi dans le contexte d'une néoplastie (*recte*: néoplasie) de la prostate et pour un syndrome des apnées du sommeil.

4.10 L'avis et le certificat médical rédigés les 21 et 22 juin 2016, soit postérieurement à la décision contestée et à la demande de l'assuré, par les psychiatre et généraliste traitantes ont fait état d'une incapacité totale de travailler de l'assuré en présence d'une péjoration de sa santé psychique, la psychiatre évoquant une décompensation psychiatrique prononcée en présence d'un trouble dépressif sévère chronique installé depuis plusieurs années.

5.

5.1 D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise bidisciplinaire rédigée le 8 septembre 2014 est complète, convaincante et satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.4). Elle 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 psychiatrie et en neurologie, elle comporte une anamnèse sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été pris en considération par les experts, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Quant aux atteintes à la santé, elles sont définies de manière claire, tout comme les limitations fonctionnelles qui en résultent et sont documentées à suffisance. Les profils d'exigibilité retenus intègrent de manière adéquate les limitations fonctionnelles documentées.

5.2 Pour ce qui est de la fiabilité matérielle, sous l'angle somatique tout d'abord, rien ne justifie de mettre en doute le diagnostic de syndrome lombovertébral chronique en présence de spondylarthroses L4 jusqu'à S1, légèrement à moyennement marquées, retenu par l'expert en neurologie. Cette pathologie a du reste également été relevée en mai 2013 par l'orthopédiste traitant de l'assuré (dont les rapports requis et cités par les experts ne figurent pas au dossier mais sont demeurés incontestés) et en

janvier 2014 par la généraliste traitante de l'assuré sous la locution de dorsolombalgies (cf. c. 4.1). Pour arriver à cette conclusion, l'expert a pris en considération les plaintes subjectives de l'assuré faisant état de maux de dos éprouvés depuis une dizaine d'années (dos. AI 43.1/3). Puis, ce spécialiste a procédé à un examen clinique fouillé du recourant (de son état général, des extrémités supérieures et inférieures, des nerfs crâniens, du tronc, du langage et de la marche), qui n'a mis en évidence aucune particularité ou anomalie. L'hypothèse d'un syndrome radiculaire a également été envisagée par l'expert, laquelle a toutefois été écartée en présence de réflexes et d'une sensibilité intacts. Sur la base d'observations et de constats somatiques dans les normes, et sans minimiser toutefois les douleurs éprouvées par l'assuré, le neurologue a relevé que, dans ce contexte douloureux, le recourant avait démontré dans un des tests (distance doigts-sol) un comportement inconsistant mettant en évidence une tendance à l'exagération ne permettant pas de clarifier l'intensité réelle des maux. Il a aussi mentionné certaines incohérences dans la gestion de la douleur ressentie. Ainsi, après étude du dossier médical du recourant (en particulier sur la base du rapport médical du 12 juillet 2013 de l'orthopédiste traitant), l'expert neurologue, à l'instar de son confrère orthopédiste (dos. AI 43.1/3), a constaté avec étonnement la présence d'un état douloureux chronique sans que l'assuré ne veuille recourir à la prise d'antidouleurs ou n'accepte la mise sur pied de mesures médicales un peu plus incisives (comme des infiltrations intravertébrales, dos. AI 43.1/7). Sur le plan oncologique, les experts n'ont pas ignoré le fait que le recourant avait subi une radiothérapie en 2006 en raison d'un carcinome de la prostate (dos. AI 43.1/3), que la généraliste traitante, elle-même, par la locution "status post prise en charge pour un cancer de la prostate", a qualifié, en janvier 2014, de sans incidence sur la capacité de travail du recourant (dos. AI 30/2). Quant à l'insuffisance veineuse de l'assuré (thromboses), elle a également été prise en considération (dos. AI 43.1/4) par les experts, comme l'atteste le fait que ceux-ci ont relevé une consultation urgente, le 10 janvier 2014, intervenue en suspicion d'une thrombose veineuse profonde qui, finalement, s'est avérée (n')être (qu')une thrombophlébite superficielle de la veine saphène. Il découle de ces constatations et explications fournies par l'expert que son appréciation de

la capacité de travail du recourant est étayée d'une manière cohérente et complète et qu'elle emporte la conviction.

5.3 Sous l'angle matériel toujours, mais d'un point de vue psychique, il convient de relever que l'expert, avant de retenir l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, n'a négligé aucune piste. Il a ainsi envisagé diverses autres pathologies médicales qui pourraient avoir les mêmes symptômes ou d'autres, proches de ceux observés chez l'assuré (un trouble de la personnalité, une dysthymie, un trouble anxieux, un trouble somatoforme douloureux), qu'il a toutefois, en avançant une argumentation médicale convaincante, à raison, écartées. Quant à l'intensité du trouble retenu, l'expert a démontré avec pertinence pourquoi il avait arrêté un épisode dépressif léger (uniquement). Ainsi, se fondant sur les allégations du recourant et sur ses propres observations, il a notamment décrit un assuré amical, ponctuel, coopératif, orienté dans l'espace, sans altération des fonctions mnésiques, sans hallucinations et au mode de penser cohérent. Il a aussi analysé le nombre et la sévérité des critères caractérisant les épisodes dépressifs énumérés dans la CIM pour arriver de manière logique à la conclusion que l'épisode dépressif dont souffrait alors l'assuré était de gravité légère uniquement. En effet, si l'expert a relevé que l'assuré était empreint d'un sentiment profond de culpabilité en raison du décès de son demi-frère et surtout de son fils, les (quelques) autres éléments susceptibles de caractériser les épisodes dépressifs qui ont été évoqués n'ont été qualifiés, pour la majorité d'entre eux, que de faiblement présents, comme le fait que le recourant présentait une légère diminution de l'énergie, qu'il s'était quelque peu retiré socialement (malgré le fait qu'il dispose toujours de son réseau d'amitiés) ou qu'il souffrait de troubles du sommeil. L'expert a aussi relevé chez l'assuré, qu'au cours de l'examen clinique, des troubles de la concentration, de l'attention, une perte de l'estime de soi, un abaissement permanent de l'humeur (ce dernier étant capable de sourire et de faire régner, durant un entretien, une ambiance amicale détendue) ou encore une altération durable de la capacité à éprouver du plaisir, n'étaient pas perceptibles. L'assuré, selon l'expert, n'a pas non plus décrit de dépression matinale ni émis d'idées suicidaires. Dans ces conditions, l'avis divergent de la psychiatre traitante (qui retient un épisode dépressif moyen, cf. c. 4.3), qui

a été discuté dans l'expertise, ne saurait l'emporter sur celui de l'expert en psychiatrie, celle-ci ayant arrêté son diagnostic sur les seules allégations du recourant et sur la base d'une prise en charge psychothérapeutique de l'assuré d'à peine deux mois, à raison de seulement deux séances par mois. Par conséquent, au vu du développement médical fouillé et pertinent de l'expert en psychiatrie, en présence de (seulement) quelques éléments (en faible intensité) caractérisant le trouble dépressif, il y a lieu d'adhérer à son évaluation et de retenir que l'assuré, en septembre 2014, souffrait d'un trouble de nature dépressive d'intensité légère. Le TA relève encore que, quand bien même l'expert a utilisé la locution de *récurrent* (qui fait référence à la survenue répétée d'épisodes dépressifs) pour décrire le trouble dépressif, il a néanmoins mis en évidence le fait que l'on ne saurait retenir en l'espèce l'existence d'un trouble psychique cristallisé, apparu prétendument (selon les allégations de la psychiatre qui traite l'assuré depuis février 2014, dos. AI 35/2) en 2002 déjà. En effet, à l'instar de l'expert, le TA relève qu'il n'existe aucun rapport médical documentant un quelconque suivi psychiatrique du recourant avant février/avril 2014. De plus, lorsque l'expert a appréhendé la situation sous le diagnostic différentiel de dysthymie (dos. AI 43.1/14), il a relevé très justement qu'en dépit des épreuves de l'existence que le recourant a dû affronter (décès de son fils en 2002, puis de sa belle-fille peu après, émergence d'un cancer de la prostate en 2006), ce dernier a toujours mené une vie active et engagée, ce qui parle en faveur d'une absence, par le passé (jusqu'en février/avril 2014, date coïncidant au début d'une prise en charge psychothérapeutique), d'une quelconque symptomatologie psychique marquée et incapacitante chez le recourant. Dans ces conditions, des doutes peuvent subsister quant au caractère (prétendument) récurrent du trouble dépressif dont est atteint l'assuré. En tout état de cause, dans la mesure où le trouble psychique présent en l'espèce n'est que de légère intensité et qu'en raison de ce caractère faiblement marqué, il ne saurait influencer la capacité de travail de l'assuré (c. 6.1), la question de savoir si l'on a affaire à un épisode dépressif léger ou à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, peut rester ouverte.

Quant à l'appréciation du caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux évoqué à titre de diagnostic différentiel, proposée

par l'expert psychiatre, sous l'angle de l'ancienne présomption du caractère surmontable d'un tel trouble, il est superflu de l'analyser en l'occurrence et, le cas échéant, de la discuter aussi sous l'angle de la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281). En effet, force est de constater que l'expert écarte de façon argumentée un diagnostic psychosomatique en expliquant les raisons pour lesquelles il choisit une symptomatique du domaine des troubles dépressifs. En l'absence de diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou trouble assimilé posé par un spécialiste selon la CIM-10, l'examen juridique du caractère invalidant n'a pas lieu d'être.

Au vu des considérations qui précèdent, il s'ensuit que, matériellement, le volet psychique de l'expertise bidisciplinaire revêt un caractère probant également et que le TA n'a aucune raison de s'écarter des conclusions relatives à la capacité de travail auxquelles elle aboutit.

5.4 L'appréciation commune des experts selon laquelle aucune incapacité psychique vient s'ajouter à l'incapacité somatique résultant de l'avis du neurologue ne prête pas davantage flanc à la critique.

5.5 Quant aux avis médicaux rédigés subséquentement à l'expertise bidisciplinaire, et jusqu'à la date de la décision contestée, ils ne sauraient remettre en doute le caractère (encore) actuel, au moment de la décision contestée, de l'expertise bidisciplinaire, bien que celle-ci date de septembre 2014.

5.5.1 Sous l'angle somatique tout d'abord, le TA relève que la fragilité veineuse alléguée par la généraliste traitante, dans son avis médical du 18 mai 2015, était déjà connue des experts (dos. AI 43.1/2), ces derniers ayant pris en considération, dans l'expertise, une consultation ayant eu lieu en urgence en raison d'un soupçon de thrombose veineuse profonde en janvier 2014 et que cette fragilité veineuse a persisté par la suite, comme l'atteste le fait que le recourant souffrait, au moment de l'expertise, en septembre 2014, d'une thrombose à la jambe droite nécessitant un suivi médicamenteux (*Fraxiforte*, dos. AI 43.1/4). Si la généraliste a mentionné, dans ce même avis médical, une hypertension artérielle chez son patient, il ne saurait toutefois être question d'une nouvelle pathologie, dès lors qu'il apparaît dans le dossier médical de l'assuré que ce dernier est suivi sous

cet angle-là depuis janvier 2014 en tout cas, comme l'atteste la prise régulière du médicament topique (*Atacand*) dès ce moment-là (dos. AI 30/3, aussi dos. AI 43.1/8). De plus, il est notoire que l'hypertension est un trouble commun et non invalidant en soi. Concernant la prétendue altération physique énoncée brièvement par la psychiatre traitante en décembre 2015 (cf. c. 4.8), elle ne saurait être retenue non plus. Tout d'abord, elle n'est documentée d'aucune manière; de plus, la spécialisation de cette médecin (la psychiatrie) ne relève pas des branches médicales concernées. Quant au bref avis médical du 29 décembre 2015 de la généraliste, dans lequel cette dernière invoque (nouvellement) le fait que le recourant est soigné pour des apnées du sommeil, dès lors que les experts ont relevé, en septembre 2014, la présence d'insomnies chez l'assuré (dos. AI 43.1/4, 8 et 12) et partant, d'une fatigue en résultant (vraisemblablement aussi due au manque de sommeil), le fait que le recourant soit (désormais) soigné pour les apnées ne peut qu'améliorer la situation (dos. AI 65/2). Le TA relève aussi que la seule mention d'une réadaptation psychosomatique de l'assuré d'une durée de trois semaines (18 mai au 7 juin 2015) dans un établissement spécialisé, sans aucune autre explication, ne permet nullement de conclure à une péjoration de l'état de santé physique du recourant. Quant au cancer de la prostate, auquel la généraliste a également fait allusion, il est admis que celui-ci a été soigné en 2006. Au vu de ces éléments, aucune nouvelle pathologie significative ne peut être retenue sur le plan somatique. Il apparaît dès lors convaincant de considérer que l'état de santé physique de l'assuré est resté stable depuis septembre 2014. Dans ces conditions, l'on ne saurait faire grief au médecin du SMR de n'avoir pas pris position de manière ciblée, dans son avis médical du 4 mars 2016, sur les (prétendus) nouveaux éléments somatiques invoqués par la généraliste traitante dans son rapport de décembre 2015, ce d'autant plus que les rapports de cette dernière, postérieurs à l'expertise, ne se réfèrent nullement à celle-ci pour étayer la prétendue dégradation de l'état somatique.

5.5.2 Dans le contexte de la problématique psychique de l'assuré, sur la base des avis médicaux de la psychiatre traitante de l'assuré versés au dossier et des rapports du psychiatre du SMR (qui a opéré la synthèse des renseignements médicaux et prodigué des recommandations quant à la

suite à donner au dossier au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI en corrélation avec l'art. 49 al. 1 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), le TA considère que la situation n'a, à aucun moment, évolué défavorablement depuis septembre 2014 jusqu'à la date de la décision querellée. En effet, le premier rapport médical subséquent à l'expertise de la psychiatre traitante et datant de mai 2015 (soit huit mois après la rédaction de l'expertise) n'a fait nullement allusion à une quelconque péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré, cette spécialiste ayant arrêté le même diagnostic qu'en avril 2014, assorti de symptômes identiques. La question d'une amorce d'amélioration pourrait même se poser au vu de la faible intensité du suivi psychiatrique de l'assuré à ce moment-là (à raison d'une consultation une fois toutes les six à huit semaines, au lieu de deux fois par mois comme en avril 2014). Quant au dernier avis médical (16 décembre 2015) rédigé avant la date de la décision contestée par cette même spécialiste à l'intention du mandataire du recourant (deuxième avis requis à l'appui de la contestation du préavis), il ne revêt pas une force probante suffisante pour établir une aggravation de l'état de santé psychique du recourant. En effet, à l'exception de quelques symptômes décrits et sur la base des plaintes subjectives de son patient, la psychiatre n'a énoncé aucun diagnostic médical. De plus, le rapport ne comporte aucune anamnèse et ne se réfère pas non plus aux résultats de l'expertise pour justifier la détérioration prétendue. Le contexte médical, les traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques prescrits ne sont pas décrits. Partant, cet écrit doit être considéré comme un avis médical succinct, établi pour les besoins de la cause, sur la base d'une relation de confiance qui lie le médecin à ses patients (ATF 125 V 351 c. 3b/cc), de sorte que, pour ces raisons, il ne remet pas en doute les conclusions de l'expertise et ne saurait convaincre le TA.

5.6 Les mêmes considérations peuvent être formulées à l'encontre de l'avis et du certificat médical rédigés par les psychiatre et généraliste traitantes du recourant, les 21 et 22 juin 2016, en sus du fait qu'ils ont été rédigés au-delà de la période couverte par l'objet de la contestation. De plus, datant de seulement un mois après la décision négative rendue au détriment de l'assuré, le TA voit aussi dans l'aggravation des symptômes décrits par la psychiatre traitante, du reste déjà au cours de la procédure

de préavis, une réaction négative du recourant faisant suite à un refus de prestations, qui ne saurait être déterminante du point de vue de l'AI (TF 9C_668/2015 du 17 février 2016 c. 3, 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 c. 7.2.1 et les références citées).

5.7 Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, pleine valeur probante peut être reconnue à l'expertise bidisciplinaire du 8 septembre 2014 à la date déterminante de la décision contestée et il est superflu d'organiser une nouvelle expertise, comme le recourant le requiert. Il est donc admis, qu'à la date de la décision querellée, le recourant souffrait d'un syndrome lombovertébral chronique en présence de spondylarthroses L4 jusqu'à S1 légèrement jusqu'à moyennement marquées et d'un trouble de nature dépressive, de légère intensité.

Il convient d'examiner dans quelle mesure ces affections influencent la capacité de travail de l'assuré, examen juridique pour lequel les indications des médecins ne font figure que de proposition (c. 2.3).

6.

6.1 De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral (TF) a considéré qu'un épisode dépressif (même) moyen (le cas échéant réactionnel: TF 9C_302/2012 du 13 août 2012 c. 4.3.2 pas publié dans l'ATF 138 V 339), tout comme une dysthymie (SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2), ne sont eux-mêmes pas de nature invalidante, car ils sont surmontables. De même, le TF considère que des troubles légers, au maximum moyens, du cercle des troubles dépressifs, ne provoquent pas, du point de vue de l'AI, d'incapacité de travail, car ils peuvent, en règle générale, faire l'objet d'une thérapie. Des troubles de nature dépressive n'entrent en ligne de compte que s'il est démontré qu'ils résistent au traitement, peu importe que la nature de ces troubles soit récurrente ou épisodique (TF 8C_131/2016 du 14 juillet 2016 c. 5.3.1, 9C_13/2016 du 14 avril 2016 c. 4.2, 8C_851/2015 du 10 février 2016 c. 4.4, 9C_892/2016 du 22 janvier 2016 c. 2, 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 c. 3.3 et 3.4 et 9C_836/2014 du 23 mars 2015). En vertu de l'affection psychique du recourant, ce, peu importe que celle-ci ressorte de la catégorie des pathologies classifiées sous F32

(épisodiques) ou F33 (récurrentes), dès lors que l'intensité n'est en l'espèce que peu marquée (trouble léger) et que l'assuré ne bénéficie pas, au vu des pièces médicales versées au dossier, d'un suivi thérapeutique intensif, l'on peut d'emblée exclure le fait que sa pathologie psychique résiste au traitement. Partant, du point de vue de l'AI, la fragilité psychique du recourant ne saurait altérer sa capacité de travail. Seules des restrictions sur le plan somatique peuvent par conséquent entrer en considération (c. 6.2).

6.2 Dans la détermination du profil d'exigibilité retenu en présence d'un syndrome lombovertébral chronique (dès lors que l'assuré ne subit pas de restrictions sur le plan psychique, cf. c. 6.1), le TA relève que les experts ont énoncé de manière claire quels types d'activités l'assuré était encore à même de mener à bien. Le descriptif opéré s'apparente par ailleurs à celui esquissé par la généraliste traitante, en septembre 2014 (dos. AI 30/6), au sens où l'assuré, en raison de dorsolombalgies, 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 étant toutefois exigibles. Le pensum retenu par les experts (100% de capacité de travail dans une activité lucrative adaptée) semble également cohérent, en présence de lésions dégénératives usuelles chez un assuré de l'âge du recourant, les allégations de ce dernier, dans l'appréciation subjective qu'il fait de sa capacité de travail, comportant plusieurs incohérences (il déclare avoir des difficultés à se rendre à pied à la poste [100 mètres à pied, dos. AI 43.1/4], alors qu'il éprouve du plaisir à se promener en forêt avec ses amis [dos. AI 43.1/8] et que sa journée est structurée par des promenades matinales [dos. AI 43.1/9]), ne pouvant être retenues. Quant aux estimations de la capacité de travail opérées par les médecins traitant l'assuré, elles ne sauraient être prises en considération, dans la mesure où ces dernières, de manière constante, ont retenu une incapacité totale de travailler chez l'assuré, sur la base de restrictions psychiques uniquement (dos. AI 30/4, 35/4, 59/2, 59/4, 63/2). Ces restrictions psychiques ne pouvant être prises en compte par l'AI (c. 6.1), il faut en déduire que les médecins traitantes partagent l'avis résultant de l'expertise selon lequel aucune influence incapacitante déterminante ne peut être attribuée au syndrome lombovertébral chronique.

Se ralliant par conséquent aux conclusions probantes de l'expertise bidisciplinaire en matière d'estimation de la capacité de travail, le TA considère que l'assuré est à même d'exercer une activité lucrative adaptée dans une mesure de 100%.

7.

Le recourant invoque qu'au vu de son âge avancé (62 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue), il n'est plus en mesure de retrouver un emploi physiquement peu exigeant et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail, d'autant plus qu'il ne dispose pas des qualifications nécessaires pour effectuer un travail léger.

7.1 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 (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).

7.2 A la lecture des pièces médicales versées au dossier, il apparaît que le recourant devait (déjà) être en mesure de se rendre compte, en 2012 au plus tard, de l'incompatibilité de son activité de restaurateur avec son état de santé, qu'il a d'ailleurs abandonnée au cours de cette même année. A ce moment-là, l'assuré était âgé de 58 ans. Lorsqu'en septembre 2014, une capacité de travail médicale dans une activité adaptée lui a été reconnue par les experts, il avait tout juste 60 ans (moment déterminant à prendre en considération selon la jurisprudence: ATF 138 V 457 c. 3.3). Certes le TF a fixé le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé aux alentours, au plus tôt, de 60 ans (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 c. 4 et 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 c. 5.1). Il est vrai que l'assuré ne dispose pas d'une formation professionnelle certifiée. Il n'en demeure pas moins, et ainsi que cela ressort de son anamnèse personnelle, qu'il dispose de nombreuses expériences professionnelles, ne serait-ce que par le fait d'avoir travaillé en tant qu'indépendant dans plusieurs domaines d'activité. Ainsi, les travaux administratifs de gestion d'un restaurant, de même que les expériences accumulées dans la vente d'œuvres d'art, y compris celles acquises au contact de la clientèle, lui sont donc forcément familiers. La diversité des activités pratiquées par le recourant démontre ainsi qu'un éventail suffisant de postes lui reste ouvert et aussi qu'il sait s'adapter à de nouvelles situations. De par son devoir de réduction du dommage, il lui incombe de rechercher un emploi correspondant au mieux à sa capacité résiduelle de travail. Son âge ne peut être considéré comme un obstacle à l'exploitation de sa capacité de travail sur un marché équilibré du travail.

8.

8.1 Dans la décision querellée, l'Office AI, se basant sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus, a évalué à 6% le degré d'invalidité du recourant, procédant à la comparaison d'un revenu annuel sans invalidité de Fr. 59'962.- et d'un revenu exigible de Fr. 56'251.- par an sur un marché du travail équilibré. Pour ce faire, l'intimé a retenu un revenu de valide sur la base de la dernière activité (gérant d'un restaurant) exercée par l'assuré et un revenu d'invalidé en se fondant sur la valeur "total"

statistique des salaires servis aux hommes, dans des activités physiques ou manuelles simples, selon les chiffres relatifs à 2012, indexés à 2014, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiés régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS), moyennant un abattement de 15% en raison des restrictions que connaît l'assuré dans le port de charges et aussi de l'âge de ce dernier.

Les arguments du recourant se limitent à contester le gain avec ses handicaps de façon générale, surtout du fait de son âge (c. 7).

8.2 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 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). 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).

8.3 En l'espèce, l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est 2014, comme l'a très justement retenu le service des enquêtes de l'Office AI (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI: dépôt de la demande AI en juin 2013, durée [minimale] d'incapacité de travail d'au moins 40% durant une année échue au 1^{er} janvier 2014).

8.4 S'agissant du revenu de valide, il convient de se rallier à la prise de position du service des enquêtes de l'Office AI (et repris comme tel par l'intimé), en retenant toutefois un montant de Fr. 59'912.- (au lieu des Fr. 59'962.- adoptés par l'intimé; les faibles variations dans les chiffres retenus par l'Office AI et ceux du TA, tant pour le revenu de valide que celui d'invalidé, s'expliquent très probablement par des différences d'arrondissement et/ou tables d'indexation), calculé sur la base du revenu total moyen de l'assuré pris en compte pour les années 2007 à 2011, découlant de la comptabilité de ce dernier lorsqu'il exerçait sa profession

de restaurateur (à laquelle il a renoncé pour des raisons de santé) et indexé à 2014. 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 pour une prise en compte, sur la base des extraits du compte individuel des revenus soumis à cotisations sociales, des derniers revenus d'indépendant (moyenne du compte individuel de 2006 à 2011 en tant que restaurateur: Fr. 27'067.-).

8.5 C'est à juste titre que le revenu (hypothétique) d'invalidé se fonde sur l'ESS (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 cessation de ses activités fin 2012 (ATF 142 V 178 c. 2.5.7, 139 V 592 c. 2.3). Si l'on table, comme retenu à bon droit par l'intimé, sur le revenu général du secteur privé (valeur "Total") de l'ESS 2014 pour une activité ne requérant pas de qualification professionnelle (TA1, hommes, niveau 1, Fr. 5'312.-, 12 fois l'an; SVR 2002 UV n° 15 c. 3c/cc), l'on parvient à un revenu hypothétique d'assuré invalide de Fr. 63'744.- à adapter encore selon le temps de travail usuel en 2014 de 41,7 heures (valeur "Total"; les salaires ESS sont standardisés à 40 heures hebdomadaires; ATF 126 V 75 c. 3b/bb), soit un salaire annuel de Fr. 66'453.-. Au surplus, et à l'instar de l'Office AI, il y a lieu de concéder un abattement de 15% (qui se situe dans le pouvoir d'appréciation dont dispose l'intimé, un maximum de 25% étant 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), à savoir son âge, un éventuel changement de profession et statut (indépendant/dépendant) et son éloignement du marché du travail depuis fin 2012, malgré le fait que l'intimé s'en soit tenue au niveau 1 des salaires statistiques et que le recourant, bien que sans formation certifiée, puisse faire valoir un parcours professionnel riche en nombreuses expériences et que ses handicaps ne sont pas très marqués. L'on parvient ainsi à un revenu d'invalidé de Fr. 56'485.-

8.6 En comparant le revenu d'invalidé de Fr. 59'912.- avec le revenu sans handicap de Fr. 56'485.-, l'on aboutit à un degré d'invalidité (après

arrondissement, ATF 130 V 121) de 5%, taux bien 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 16%.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le recours interjeté contre la décision du 24 mai 2016 doit être rejeté.

9.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

9.3 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. 800.-, 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.

La présidente:

La greffière:
e.r.: P. Annen-Etique

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).