

200.2017.257.AI

NIG/BEJ

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

Jugement du 4 octobre 2018

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, 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 7 février 2017

En fait:

A.

A. _____, né en 1971, père célibataire d'un fils majeur domicilié à l'étranger, est entré en Suisse en 2002 et est titulaire d'une autorisation de séjour. Au bénéfice d'une formation de comptable acquise dans son pays d'origine, il a travaillé en Suisse notamment comme magasinier, menuisier, concierge et manœuvre (emplois entrecoupés de périodes de chômage), puis, dès 2011, comme chauffeur/livreur. A partir du 10 avril 2012, il a présenté une incapacité totale de travail (hormis pour quelques mois) et a perçu des indemnités journalières de l'assurance-maladie de son employeur.

B.

Par demande du 16 août 2013, que l'Office des assurances sociales du canton de C. _____ a transmise à l'Office AI Berne le 20 août 2013, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI; mesures professionnelles et rente), invoquant une maladie, soit un cancer du rectum et une fissure anale. L'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitant le recourant (notamment en chirurgie, infectiologie, proctologie et oncologie), de ses psychologues et de ses psychiatres, ainsi que le dossier de l'assureur-maladie perte de gain. Par décision du 19 juin 2014, le droit de l'assuré à des mesures professionnelles a été nié par l'Office AI Berne. Ce dernier a encore consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), puis diligenté une expertise bidisciplinaire psychiatrique et gastroentérologique les 2 et 8 décembre 2015. Nonobstant les objections formulées le 6 juin 2016 par l'assuré, représenté par un avocat, contre une préorientation du 10 mai 2016 selon laquelle une rente entière d'invalidité était octroyée au recourant de façon limitée, du 1^{er} mai 2014 au 30 avril 2015, et après avoir sollicité une nouvelle fois l'avis du SMR, l'Office AI Berne a rendu une décision semblable à sa préorientation, le 7 février 2017.

C.

Le 9 mars 2017, le recourant, par une avocate, a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance, principalement, à l'annulation de cette dernière dans la mesure où elle nie le droit à une rente d'invalidité après le 30 avril 2015, à l'octroi d'une telle rente au-delà de cette date ainsi que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Dans le mémoire de sa mandataire, le recourant a également requis l'assistance judiciaire complète. Par envoi du 16 mars 2017 et à la demande du TA, la mandataire du recourant a encore fourni des précisions à ce propos, produisant une nouvelle pièce justificative (PJ). Dans sa réponse du 10 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

En droit:

1.

1.1 La décision du 7 février 2017 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie une rente d'invalidité entière au recourant, limitée du 1^{er} mai 2014 au 30 avril 2015. L'objet du litige porte principalement sur l'annulation de cette décision en tant qu'elle nie le droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2015, sur l'octroi d'une telle rente après le 30 avril 2015 et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire ainsi que des rapports du SMR, de même que l'absence d'instruction sur les conséquences des traitements du cancer, des séquelles de la vessie et de la pratique de l'auto-sondage.

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par une mandataire dûment constituée, 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. 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 Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

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

Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la

rente (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

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).

2.5 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

3.

3.1 Le recourant se plaint tout d'abord d'une violation du droit d'être entendu. Il soutient que les rapports du SMR des 6, 7 et 12 juillet 2016 (dossier [dos.] AI 90 à 93) ne lui ont pas été communiqués et que la décision attaquée n'explique pas les raisons pour lesquelles elle ne suit pas les conclusions de l'expertise bidisciplinaire (voir ch. V let. B/c du recours). Dans sa réponse du 10 avril 2017, l'intimé affirme que la motivation de la décision a permis au recourant d'en discerner la portée et de l'attaquer. Il rappelle que cet acte se prononce sur les objections du recourant, qu'il indique que le SMR a été consulté pour une appréciation médicale et que les rapports y relatifs ont été traduits en français puis joints à la décision.

3.2 Les parties ont le droit d'être entendues (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 143 V 71

c. 4.1). La partie doit de manière générale être entendue sur des questions de fait déterminantes pour le jugement de la cause (ATF 131 V 9 c. 5.4.1; SVR 2009 AHV n° 8 c. 3.2). Le droit d'être entendu enjoint l'autorité à informer les parties quant aux nouveaux moyens de preuve versés au dossier qui sont déterminants, avant toute prise de décision. Dans certaines circonstances, le fait que les pièces du dossier soient mises à la disposition des parties peut être suffisant (ATF 128 V 272 c. 5b/bb; SVR 2008 UV n° 1 c. 3.2). L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; SVR 2017 KV n° 6 c. 5). Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque la personne concernée se voit donner la possibilité de se prononcer sur sa cause devant une autorité de recours jouissant d'un pouvoir d'examen étendu tant à l'égard des faits que du droit. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 c. 2.3.2, 126 V 130 c. 2b; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2). Même en présence d'une violation grave du droit d'être entendu, il convient de s'abstenir de renvoyer l'affaire à l'administration pour exercice du droit d'être entendu pour réparer le vice, lorsque et pour autant que ce renvoi constituerait une formalité vide de sens et provoquerait ainsi une prolongation inutile de la procédure incompatible avec l'intérêt (d'égale valeur avec le droit d'être entendu) de la partie concernée à ce que l'affaire soit traitée avec célérité (ATF 137 I 195 c. 2.3.2; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2).

3.3 En l'espèce, on peut retenir de la décision attaquée que l'intimé a considéré que le recourant a présenté, à partir du 14 mai 2014, un degré

d'invalidité de 100%. Il a toutefois retenu qu'à partir de janvier 2015, l'état de santé s'est amélioré et qu'une activité adaptée était possible à plein temps avec une diminution de la capacité de travail de 10% et une réduction du rendement de 10%. L'intimé a toutefois nié le caractère invalidant des problèmes psychiques. En appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus (voir c. 9.1), il a conclu que le recourant présentait un taux d'invalidité de 19% depuis le 1^{er} janvier 2015, qui exclut tout droit à une rente d'invalidité après le 30 avril 2015 (voir c. 2.3). Pour le surplus, la décision renvoie aux rapports du SMR des 6, 7 et 12 juillet 2016, qui, selon l'intimé, y étaient joints en langue française (ce qui n'est pas contesté). Au vu de ce qui précède, la décision entreprise, en lien avec les rapports précités du SMR, permet de suivre le raisonnement de l'intimé. En effet, il appert que l'intimé a fait sien l'avis du SMR, qui a suivi les conclusions de l'expertise bidisciplinaire, s'agissant de son volet gastroentérologique (limitation à des activités légères n'exigeant aucun port de charges et prise en compte d'un besoin de pauses supplémentaires représentant 10% du temps de travail; dos. AI 92/2 et 91/2) mais s'en est écarté sur le plan psychiatrique pour les raisons qui figurent dans la prise de position de ce service du 7 juillet 2016 (dos. AI 91/4). Par conséquent, on ne saurait admettre une violation du droit d'être entendu en raison d'une motivation insuffisante de la décision. En revanche, comme le relève à juste titre le recourant, après avoir reçu les objections de ce dernier, l'intimé a certes recueilli l'avis du SMR et fait traduire ses rapports, mais ne les a pas communiqués au mandataire du recourant avant de rendre la décision attaquée (alors qu'il lui a transmis une copie de sa communication du 6 janvier 2017; dos. AI 94/1). Ce faisant, le recourant n'a pas eu connaissance de l'existence de ces documents avant le prononcé de la décision et n'a pas pu se déterminer au préalable à leur sujet. Son droit d'être entendu a donc été violé (voir ATF 136 V 117 c. 4, 135 V 465 c. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_245/2011 du 25 août 2011 c. 5.2). Dès lors que le recourant a néanmoins eu connaissance de ces documents en consultant le dossier AI en vue de son recours au TA, qu'il a ainsi pu s'exprimer à leur sujet devant le TA et que celui-ci jouit du même pouvoir d'appréciation que l'intimé, il ne se justifie toutefois pas d'annuler la décision entreprise pour ce motif et de renvoyer la cause en vue de la correction du vice. Une telle démarche constituerait une vaine formalité.

4.

Sur le fond, il convient d'abord de relever que l'octroi au recourant d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} mai 2014 au 30 avril 2015 n'est pas litigieux. Sur la base du dossier, rien ne permet par ailleurs de remettre ce droit en cause. Quant à sa durée, le début du droit à la rente accordée a correctement été fixé au 1^{er} mai 2014, puisque ce mois, le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (voir c. 2.2) et qu'à cette date, la période de six mois dès sa demande de prestations du 16 août 2013 était échue (art. 29 al. 1 LAI). La limitation de la rente est motivée par une amélioration de l'état de santé du recourant à partir de janvier 2015, aboutissant à un degré d'invalidité inférieur à 40% et conduisant à la suppression de la rente après le 30 avril 2015 (voir c. 2.3).

5.

5.1 Dans son recours du 9 mars 2017, le recourant invoque en résumé que l'instruction de l'intimé ne prend pas en compte les lésions causées par les traitements invasifs qu'il a subis, en particulier la radiothérapie et la chimiothérapie. D'après lui, des lésions pourraient accroître les difficultés liées à l'utilisation et aux soins à apporter à sa stomie, de même qu'à la pratique régulière de l'auto-sondage. Il affirme aussi que l'instruction ne tient pas compte des contraintes, des risques et des effets négatifs liés à la vidange vésicale. Le recourant s'en prend encore à l'expertise bidisciplinaire et se plaint en particulier qu'elle a été réalisée sans le concours d'un urologue, d'un oncologue et d'un neurologue. Il ajoute que cette expertise repose sur des examens incomplets, qu'elle ne contient pas d'indication sur l'évolution de son état de santé et qu'elle est insuffisamment motivée. Le recourant critique encore le fait que l'intimé s'est écarté des conclusions des experts sans avoir mis en œuvre une seconde expertise. Finalement, le recourant conteste la valeur probante des rapports du SMR des 6, 7 et 12 juillet 2016, notamment sous l'angle des qualifications de l'auteur du premier et du dernier de ces rapports, ainsi que de la motivation insuffisante du second.

5.2 Dans sa réponse du 10 avril 2017, l'intimé précise avoir renoncé à inclure certaines disciplines médicales à l'expertise en raison de la longue durée d'attente nécessaire pour pouvoir obtenir une expertise polydisciplinaire, mais aussi du fait que l'état somatique du recourant a été établi de manière complète et parce qu'il n'a pas évolué, expliquant que la nécessité d'une expertise portait surtout sur le volet psychiatrique. L'intimé ajoute que le recourant n'a pas soulevé d'objections contre le choix des disciplines, que ce soit après la communication du 19 juin 2015 ou la décision du 30 juillet 2015, si bien qu'il a perdu le droit de le faire dans la présente procédure. L'intimé mentionne encore qu'aucun médecin traitant n'a fait état d'un quelconque effet invalidant des traitements administrés au recourant, que ce dernier ne s'en est jamais plaint et qu'il ne l'établit pas non plus lui-même. Contrairement à l'avis du recourant, l'intimé estime que l'expertise bidisciplinaire est complète. Il nie qu'il était nécessaire de réaliser une autre expertise psychiatrique.

6.

6.1 En ce qui concerne l'état de santé du recourant et ses répercussions sur la capacité de travail, les éléments principaux suivants ressortent des rapports médicaux figurant au dossier.

6.1.1 Selon un rapport du 11 avril 2012 de la chirurgienne traitant le recourant, ce dernier s'est soumis à un traitement conservateur de plusieurs semaines en raison de douleurs à l'anus, avant de subir une intervention à la date précitée (rectoscopie, hémorroïdectomie, fissurectomie et injection de botox dans le muscle sphincter interne de l'anus; voir le rapport d'opération/de sortie du 13 avril 2012, dos. AI 4/20). Une incapacité totale de travail a ensuite été attestée du 10 au 13 avril 2012, puis prolongée jusqu'au 25 mai 2012, et ensuite à 50% jusqu'au 27 août 2012 (dos. AI 4/16 et 4/14, en lien avec dos. AI 10.4). En raison d'une recrudescence des douleurs dès janvier 2013 et de l'absence d'amélioration sous mesures conservatrices, une deuxième intervention s'est déroulée le 14 mai 2013 (rectoscopie, fissurectomie et injection de botox). A cette occasion, une tumeur à l'anus a été découverte (dos.

AI 4/12). Le diagnostic d'un adénocarcinome intestinal du rectum a alors été posé et les diagnostics d'une fissure anale chronique ainsi que d'hémorroïdes de degré 2 ont été confirmés (dos. AI 4/9). S'y sont ajoutés une hépatite C, un status après une hépatite B et un status après un abus de drogue (dos. AI 4/7 et 4/3). Suivant l'avis d'un oncologue et suite à une coloscopie réalisée le 28 mai 2013, de même qu'à une IRM du bassin le 31 mai 2013 (dos. AI 4/5), une radiothérapie ainsi qu'une chimiothérapie ont été mises en œuvre du 16 juillet 2013 au 10 septembre 2013 (dos. AI 4/1). Une opération de la tumeur a encore été prévue pour la fin du mois d'octobre 2013. Dans l'intervalle et depuis le 25 février 2013, une incapacité totale de travail a été attestée en raison des douleurs (dos. AI 9/1 et 10.4/7). L'opération précitée a été réalisée le 27 novembre 2013, durant une hospitalisation du 26 novembre au 12 décembre 2012 (faisant suite à un précédent séjour à l'hôpital, du 18 septembre au 3 octobre 2013 ayant eu pour objet un traitement de la douleur et une nutrition parentérale; dos. AI 20/29). Lors de cette opération, une amputation du rectum a notamment été pratiquée et une stomie a été mise en place (voir le rapport d'opération du 4 décembre 2013, dos. AI 20/27). Le recourant a bien récupéré de son opération et la problématique douloureuse s'est améliorée. La mise en œuvre d'une chimiothérapie post-opératoire a toutefois été décidée (dos. AI 20/12 et 20/20). Le recourant s'est néanmoins plaint de difficultés à la miction et de problèmes d'érection (dos. AI 20/14 et 18). D'après le rapport du 28 mars 2014 de la chirurgienne du recourant, la situation du point de vue de la tumeur a été stabilisée. Elle a cependant précisé qu'en raison de la stomie, les travaux physiquement éprouvants ne sont pas possibles. Une incapacité totale de travail a été attestée pour une durée indéterminée à compter du 25 février 2013, l'activité de chauffeur, magasinier et de transporteur n'étant plus exigible (dos. AI 20/2). Le recourant a encore subi une résection du colon le 12 juin 2014, de sorte qu'une incapacité de travail à 100% a été médicalement attestée jusqu'au 31 juillet 2014. Quant à la chimiothérapie, selon le rapport de son oncologue du 22 mai 2014, le recourant l'a bien tolérée, de sorte que la poursuite du traitement a été recommandée. Les examens réalisés n'ont en outre pas indiqué de soupçons de métastases pulmonaires ou intestinaux (dos. AI 31/14).

6.1.2 Le recourant est toutefois apparu déprimé, présentant un état psychique fluctuant et indiquant avoir du mal à accepter la situation. Il a dès lors débuté une psychothérapie (dos. AI 24/14 et 18). Du rapport relatif à l'opération du 12 juin 2014, il apparaît en effet que le diagnostic d'un état dépressif a été retenu (dos. AI 24/1). Le 29 octobre 2014, un spécialiste en médecine physique et en réadaptation d'un centre de réadaptation médicale et neurologique (dans lequel le recourant a séjourné du 30 septembre au 16 octobre 2014) a fait état d'un trouble dépressif réactionnel (épisode actuellement grave; dos. AI 29/1). Le 8 décembre 2014, l'intimé a recueilli un rapport médical (non daté) auprès d'une clinique privée. Une psychologue y pose le diagnostic d'un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques (selon le ch. F32.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). La psychologue explique que le recourant souffre principalement des séquelles des opérations chirurgicales (troubles de l'érection, incontinence urinaire, douleurs abdominales), mais aussi d'une importante diminution de sa qualité de vie du fait qu'il doit porter une colostomie et utiliser du matériel médical pour uriner. Le recourant en serait complexé et les contraintes qui en découlent auraient conduit à son isolement social. Le recourant ne pourrait plus pratiquer de sport en raison des douleurs abdominales, n'aurait plus de vie sexuelle du fait de ses troubles de l'érection et aurait perdu l'appétit ainsi que le sommeil. La psychologue fait encore mention de l'humeur déprimée du recourant, d'une perte de motivation, des plaisirs, ainsi que de l'élan vital, soulignant qu'il rumine ses difficultés physiques, éprouve un sentiment d'inutilité et a perdu espoir en l'avenir, se sentant entravé dans tous les domaines de sa vie. Une incapacité totale de travail est attestée depuis 2013 et pour une durée indéterminée, la poursuite du traitement psychiatrique (débuté le 11 février 2014) à raison d'une à deux consultations par mois étant recommandée. Selon ce rapport, l'état de santé est trop diminué pour envisager la reprise d'une activité professionnelle. Une évaluation est cependant encore nécessaire pour établir un profil d'exigibilité, la psychologue ajoutant qu'il est très difficile de formuler un pronostic (dos. AI 31/2).

6.1.3 Le 6 octobre 2014, la médecin traitant le recourant a délivré un nouveau rapport dans lequel elle mentionne que l'état de santé psychique s'est stabilisé, ce dernier parvenant un peu mieux à accepter sa situation. Sur le plan somatique, il est fait état d'une diminution des douleurs. L'auto-sondage se déroulerait pour le reste relativement bien, la situation s'étant aussi améliorée à cet égard. La médecin explique encore que l'hépatite C ne nécessite pas de thérapie, que les troubles érectiles sont traités de manière satisfaisante par la prise de viagra et que la stomie fonctionne bien (dos. AI 38/12). Le 21 novembre 2014, elle rend un nouveau rapport selon lequel le recourant souffre néanmoins toujours d'une problématique douloureuse. Bien qu'il apparaisse davantage motivé, elle écrit que le recourant ne parvient finalement pas à accepter la situation (dos. AI 38/7).

6.2 Sur la base de ce qui précède, l'intimé a sollicité l'avis du SMR, en particulier en vue de déterminer si l'état de santé était stabilisé et, le cas échéant, afin d'établir un profil d'exigibilité (dos. AI 39/3). Dans un rapport du 26 février 2015 signé par un spécialiste en médecine interne, le SMR a retenu, comme diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail, une fissure anale chronique, un carcinome du rectum et un trouble dépressif réactionnel. L'hépatite C n'a en revanche pas de répercussion sur la capacité de travail selon le SMR. D'après ce document, par rapport à la fissure anale et au cancer du rectum, un état stable est atteint, mais les exigences pour les actes ordinaires d'hygiène journaliers sont plus élevés et exigent davantage de temps. De plus, un trouble de l'érection persiste, de même qu'un syndrome douloureux chronique. Sous l'angle psychique, la situation est en revanche relativement instable. Le SMR ajoute que les incapacités de travail médicalement attestées sont plausibles d'un point de vue médical, s'agissant du cancer du rectum, en particulier la persistance d'une incapacité totale de travail. Selon le SMR, la persistance d'une pleine incapacité de travail en raison du trouble dépressif ne ressort toutefois pas des rapports médicaux présents. Un tel trouble devrait pouvoir être soigné d'après le SMR, qui préconise de ce fait la poursuite du traitement psychiatrique. Selon ce service, si une incapacité de travail perdure en raison de ce trouble jusqu'à la moitié de l'année 2015, la situation devrait être clarifiée dans le cadre d'une expertise (pluridisciplinaire, au moins gastroentérologique, urologique, neurologique et psychiatrique). Pour le

SMR, l'activité de chauffeur/livreur ne peut toutefois plus être exercée (dos. AI 45/5-7).

6.3 Dans un rapport de la psychothérapeute du recourant du 1^{er} juin 2015, celle-ci retient le diagnostic avec influences sur la capacité de travail d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuellement sévère) avec (en partie) des symptômes psychotiques (ch. F33.3 CIM-10) ainsi que d'une accentuation de certains traits de la personnalité (personnalité narcissique; au sens du ch. Z73 CIM-10). La psychothérapeute relève que l'état de santé s'est dégradé, en particulier en raison du fait que le recourant a dû solliciter l'assistance de l'aide sociale, ce qu'il a vécu de manière blessante et insultante. D'après le rapport, la symptomatologie dépressive s'est accrue. Le recourant éprouverait un grand désir de mourir et aurait des idées suicidaires, des actes préparatoires étant évoqués. Depuis quelques semaines, le recourant présenterait aussi des idées psychotiques. En outre, il serait sujet à de forts troubles du sommeil. La psychothérapeute mentionne qu'en raison de la gravité et de la chronicité des troubles, il y a lieu de partir du principe que le recourant va longuement et fortement être limité dans sa santé et qu'il ne pourra plus exercer d'activité lucrative. Une incapacité de travail de 100% est attestée depuis 2013 et il est précisé qu'aucune activité lucrative n'est plus exigible (dos. AI 56/2-4).

6.4 Après avoir consulté le SMR au sujet des disciplines d'expertise (dos. AI 58/1 et 64/1), l'intimé a désigné deux spécialistes d'un centre d'expertises médicales (en psychiatrie/psychothérapie, d'une part, et en gastroentérologie, d'autre part) en vue d'établir une expertise bidisciplinaire. Les résultats de celle-ci ont été consignés dans un rapport daté du 25 janvier 2016. Sous l'angle psychiatrique, s'agissant des diagnostics retenus (avec répercussions sur la capacité de travail), le rapport d'expertise fait état d'un status après un épisode dépressif sévère avec syndromes psychotiques (ch. F32.2 CIM-10), de 2012 à 2014, et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (ch. F33.0 et F33.1 CIM-10). L'expert confirme à cet égard la pleine incapacité de travail du recourant entre mai 2013 et la fin de l'année 2014, mais retient en revanche un taux d'incapacité de travail de 30% à compter de 2015, considérant que la dépression a nettement diminué. D'un point de vue

gastroentérologique, le diagnostic (avec répercussions sur la capacité de travail) d'un adénocarcinome du rectum profondément ancré (ch. C20 CIM-10) découle du rapport d'expertise, de même que celui (sans répercussion sur la capacité de travail) d'une hépatite C chronique (ch. B18.2 CIM-10). L'expert relève que le recourant ne peut accomplir de travaux physiquement éprouvants ni porter de charges. En revanche, celui-ci explique que des travaux légers accompagnés de pauses destinées au soin de la stomie peuvent être exigés, ce qui justifie une limitation de la capacité de travail de 10%. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts précisent que l'incapacité fonctionnelle découlant du volet psychique s'ajoute à celle résultant du volet somatique, dès lors qu'elle réduit de façon permanente le rythme de travail et le rendement. Ils estiment ainsi que le recourant dispose, dans une activité légère et adaptée, d'une capacité de travail de 60% réalisable à raison de 6 à 8 heures par jour en fonction des possibilités de pouvoir prendre davantage de pauses, de travailler plus lentement ou à l'heure. Ces limitations valent dès le mois de janvier 2015, le recourant n'ayant toutefois disposé d'aucune capacité de travail depuis mai 2013 (dos. AI 82.1 ss).

7.

7.1 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

7.2 Le recourant soutient que l'expertise aurait dû comprendre les disciplines urologiques et oncologiques (ch. V let. A/b et A/c du recours).

7.2.1 En l'occurrence, dans un courrier du 19 juin 2015, l'intimé a informé le recourant de la mise en œuvre de l'expertise, de même que du nom des experts et de leur spécialité. L'intimé a en outre indiqué au recourant qu'il pouvait formuler des objections dans un délai de 10 jours, en ce qui concerne les disciplines de l'expertise (dos. AI 59/1). Au regard du dossier, le recourant n'a réagi à ce document qu'en signalant, par l'intermédiaire de sa médecin traitante, qu'il ne lui était pas possible de se rendre jusqu'au centre d'expertise et de séjourner dans un hôtel durant l'expertise (dos. AI 63/1). D'après les pièces produites, le recourant ne s'est pas non plus manifesté à la suite de la décision du 30 juillet 2015 (par laquelle l'intimé a maintenu le mandat de réalisation de l'expertise), ni à réception de la convocation du centre d'expertise (dos. AI 73/2), ni immédiatement après les examens auxquels il a été soumis. Toutefois, d'après les règles de la bonne foi, la personne assurée doit faire valoir ses objections le plus tôt possible après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée. Le fait de savoir si les objections ont été apportées en temps voulu doit être apprécié d'après les circonstances de chaque cas d'espèce (ATF 138 V 271 c. 1.1), un délai de 10 jours étant admis par le TF (ATF 139 V 349 c. 5.2). Cela étant, le grief que le recourant soulève dans la présente procédure, s'agissant du choix des disciplines d'expertise, est tardif, comme le soulève à juste titre l'intimé (voir ch. 8 de la réponse).

7.2.2 En tous les cas, la prise de position du SMR, qui recommandait à l'origine une expertise pluridisciplinaire (dos. AI 45/7) a été communiquée aux experts (dos. AI 82.1/2 ad ch. 1.1 in fine et 82.1/3 ad ch. 2.1.1) et ceux-ci n'ont pas remis en cause la portée de l'expertise. Il appartient toutefois aux experts d'apprécier si la participation d'autres spécialistes est nécessaire ou non (TF 8C_277/2014 du 30 janvier 2015 c. 5.2) et de déterminer si des examens spécifiques supplémentaires sont nécessaires. Les experts médicaux bénéficient en effet d'une large autonomie en la matière (TF 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 c. 4.3). En outre, comme l'évoque aussi à raison l'intimé (voir ch. 7 de la réponse), le SMR a été consulté avant qu'il ne soit formellement renoncé aux disciplines neurologique et urologique (dos. AI 45/7 et 58/1). Quant à la discipline oncologique, il sied de souligner que le grief du recourant selon lequel les traitements invasifs subis pourraient compliquer la pratique de l'auto-

sondage, de même que la maîtrise de la stomie, n'est appuyé par aucun avis médical. Bien plus, il ressort du dossier que le recourant a bien supporté ses chimiothérapies (dos. AI 20/8, 20/10, 20/12, 20/14, 20/16, 31/15, 38/15), de même que la résection du rectum (dos. AI 20/20) et du colon (dos. AI 38/17 et 24/3). Lors de l'expertise, il apparaît aussi que le recourant ne s'est pas plaint de douleurs provoquées par les manipulations qu'il doit accomplir au quotidien. Au contraire, selon le dossier, l'auto-sondage se passe généralement bien (dos. AI 38/11 et 20/10; la médecin traitant le recourant précise cependant que le recourant ressent parfois des douleurs, voir dos. AI 63/1). Le recourant a plutôt rapporté souffrir de la diminution de sa qualité de vie, en particulier sur le plan social (dos. AI 31/2, 38/4-5 et 38/7), de même que d'une diminution de sa liberté de mouvement et de son indépendance (dos. AI 31/3). Durant l'expertise, il a en particulier déclaré qu'il se considérait incapable d'exercer une activité lucrative en raison de son incontinence urinaire et du temps nécessaire pour le soin à apporter à la stomie (dos. AI 82.1/11, ch. 3.5). C'est également sur cet aspect qu'a insisté la médecin traitant le recourant dans le rapport produit à l'appui des objections de ce dernier (dos. AI 85/10). Partant, la situation médicale déterminante se rapporte bien aux volets gastroentérologique et psychiatrique, de sorte que l'intimé était fondé à limiter la portée de l'expertise à ces deux disciplines (voir ATF 139 V 349 c. 3.2), en particulier pour les raisons qu'il a évoquées dans sa réponse (notamment le souci d'assurer la rapidité de la procédure; ch. 7 de la réponse). Par conséquent, on ne saurait considérer que l'expertise a porté sur des disciplines médicales insuffisantes.

7.3 Pour le surplus, force est de constater que les experts désignés par l'intimé ont rendu leurs conclusions en se fondant sur un examen personnel du recourant, en tenant compte de ses plaintes subjectives, de son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et des documents au dossier de la cause. Ces résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. La description du contexte médical est claire et les conclusions sont dûment motivées. En particulier, contrairement à l'avis du recourant (ch. V let. B/a § 3 du recours), la motivation des conclusions de l'expert psychiatre est suffisante. En effet, lorsque l'expert écarte le diagnostic précédemment retenu d'un épisode

dépressif sévère (dos. AI 31/2 et 56/2), pour ne retenir qu'un épisode dépressif léger à moyen (dos. AI 82.1/10 ad ch. 3.3.4, § 1), il s'appuie sur des constatations et des appréciations détaillées (voir dos. AI 82.1/8-10) qui permettent de suivre son raisonnement. Ce dernier explique ainsi, notamment, qu'une rémission partielle peut être constatée grâce au traitement entrepris (dos. AI 82.1/10, ch. 3.3.5 et 82.1/8, ch. 3.3.1, § 1, voir aussi dos. AI 82.1/6, ch. 3.1.2, § 2) et que ses observations (aucune tristesse vitale, pas de trouble de l'entrain ou d'impulsion suicidaire mais plutôt une absence de perspectives; dos. AI 82.1/8, ch. 3.2) l'amènent à conclure à une substantielle amélioration de la dépression (dos. AI 82.1/11, ch. 3.6, voir aussi dos. AI 82.1/14). En outre, c'est à tort que le recourant soutient que l'expert n'a pas développé les critères de la CIM-10 (ch. V let. B/a du recours), les diagnostics retenus reprenant non seulement la terminologie de cette dernière, mais les critères qui y figurent (s'agissant du ch. F32: abaissement de l'humeur, réduction de l'énergie, diminution de l'activité, capacité à éprouver du plaisir ou encore trouble du sommeil et diminution de l'appétit, notamment) étant traités dans le rapport (dos. AI 82.1/8, ch. 3.2). La motivation étant compréhensible, on ne voit d'ailleurs pas en quoi la valeur probante de l'expertise pourrait être affectée du fait qu'aucun ouvrage scientifique n'est cité, les qualifications professionnelles des experts ne prêtant du reste pas à discussion. Finalement, s'agissant du volet gastroentérologique, il apparaît certes que l'expertise est concise, la situation est toutefois à cet égard stationnaire et apparaît néanmoins avoir été établie de manière complète (comme l'a justement indiqué l'intimé, voir ch. 7 § 3 de la réponse). De plus, d'un point de vue somatique, le profil d'exigibilité retenu (limitation aux activités légères, sans port ni soulèvement de charges) fait l'objet d'un consensus (dos. AI 82.1/13 s., 20/4, 20/6 et 85/7). Seul l'impact sur la capacité de travail du temps requis pour l'auto-sondage, les changements de poches ainsi que les soins à apporter à la stomie, de même que des désagréments subis par le recourant (notamment: odeurs et bruits disgracieux, anxiété liée aux fuites; dos. AI 85/5 et 31/3), demeure discuté par le recourant. Dans la mesure où les experts ont pris en compte ces éléments dans le cadre de l'expertise (voir dos. AI 82.1/12) sans pour autant juger nécessaire d'étendre la portée de celle-ci au volet urologique, on doit en déduire qu'ils n'ont pas estimé médicalement pertinent de s'exprimer à ce sujet. On ne saurait par

conséquent retenir sous cet angle une lacune de l'expertise. Formellement à tout le moins, l'expertise répond dès lors aux exigences posées par la jurisprudence à propos de sa valeur probante.

7.4 D'un point de vue matériel, il faut souligner que le rapport d'expertise contient les éléments nécessaires au juge au regard de la procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.4). Il faut néanmoins relever que dans son rapport du 26 février 2015 (dos. AI 45/5), le SMR a indiqué que la nature du syndrome douloureux chronique dans la zone intestinale et abdominale, impliquant un fort traitement d'antidouleurs (voir dos. AI 20/21, 20/25, 32/1, 38/6, 38/10, 74/1 et 85/7), ne ressort pas clairement du dossier médical. Cette problématique n'apparaît cependant dans l'expertise que sous la forme d'une remarque du recourant selon laquelle persiste un sentiment dérangent ("störendes Gefühl") dans la région anale lorsqu'il doit aller à selles (il parle aussi de fourmillements: "stechendes Gefühl"; dos. AI 82.1/12). Dans la mesure où le recourant n'a pas fait valoir d'empêchement en lien avec ce trouble et que la situation semble sur ce point stabilisée (voir dos. AI 50/1 et 82.1/13), on comprend néanmoins que les experts ne se soient pas exprimés davantage à ce propos. On peut tirer la même conclusion des troubles du sommeil dont se plaint le recourant (dos. AI 82.1/10), de même que du dysfonctionnement érectile dont il souffre et, en tant que tel, du trouble de la vidange vésicale. C'est le lieu de préciser que le grief du recourant quant à une carence de l'expertise dans la prise en compte de sa taille, compte tenu de son poids, ce qui pourrait indiquer un éventuel manque nutritif ayant des effets sur la capacité de travail (ch. V let. A/c du recours), ne résiste pas à l'examen. En effet, la taille du recourant n'aura pas échappé aux experts qui ont examiné personnellement le recourant. Ceux-ci ont par ailleurs relevé les dires du recourant selon lesquels ce dernier a perdu l'appétit en raison de sa dépression (voir dos. AI 82.1/6) et mange moins afin de réduire la quantité de selles produites (dos. AI 82.1/12). Il apparaît aussi que le recourant fume près d'un paquet de cigarettes par jour ainsi que du cannabis (dos. AI 82.1/6, voir aussi dos. AI 38/3 et 38/5). Le recourant méconnaît en outre le sens de la jurisprudence lorsqu'il avance que l'expertise devait se prononcer sur l'évolution future des troubles du sommeil (ch. V let. A/e du recours). En effet, d'une part, le TF n'exige une description de l'évolution

de l'état de santé que dans la mesure où cela apparaît nécessaire, d'autre part, notre Haute Cour n'exige pas un pronostic de l'évolution future (comme semble le soutenir le recourant), mais seulement une description de son développement dans le temps, à savoir jusqu'à la situation d'espèce (voir ATF 140 V 193 c. 3.2). De plus, les troubles du sommeil n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, ce qui est également le cas du dysfonctionnement érectile. Par ailleurs, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il évoque que l'expertise devait se prononcer sur les conséquences de la pratique de l'auto-sondage. En effet, il n'apparaît pas que le recourant soit sujet à des effets secondaires et qu'il rencontre des complications du fait de l'auto-sondage, aucun élément en ce sens ne ressortant ni de l'expertise, ni des pièces du dossier. De même, la brochure concernant cette pratique, produite par le recourant, ne mentionne que des inconvénients hypothétiques (une infection urinaire après plus de 5 ans et un risque de 3 à 5% de rétrécissement urétral; PJ 1, p. 6). Ce faisant, on comprend aussi qu'il n'a pas apparu indiqué aux experts d'investiguer davantage cette problématique, étant encore une fois rappelé que ceux-ci n'ont pas émis le souhait d'étendre l'expertise aux volets urologique et oncologique. Finalement, les conclusions de l'expertise consistant à réduire de 10% la capacité de travail du recourant en raison de sa limitation aux activités légères et au besoin de pauses accru en raison des soins nécessaires à la stomie, de même que de 30% en raison du trouble dépressif reconnu (voir c. 7.3), sont cohérentes au vu des explications des experts. Il en résulte que l'expertise est complète, compréhensible et convaincante, de sorte que l'appréciation médico-théorique qui en découle peut être suivie.

8.

8.1 Le recourant critique encore le fait que l'intimé s'est écarté des conclusions de l'expertise sur la base des rapports du SMR des 6, 7 et 12 juillet 2016. Formellement, il remet en cause les qualifications professionnelles de l'auteur des écrits des 6 et 12 juillet 2016, en tant qu'il se prononce sur le volet psychiatrique du dossier, ainsi que la motivation (qu'il juge insuffisante) du rapport du 7 juillet 2016, qui n'aurait pas de

valeur probante. Matériellement, il conteste essentiellement que les activités exercées par le recourant soient jugées incompatibles avec le diagnostic retenu sous l'angle psychiatrique et propres à exclure une diminution de la capacité de travail (ch. V let. B/b du recours). Dans sa réponse, l'intimé rétorque que ni l'expertise, ni les rapports du SMR n'ont établi à suffisance de droit une atteinte invalidante à la santé psychiatrique au-delà du 1^{er} janvier 2015. L'amélioration de l'état de santé grâce à un traitement psychiatrique et l'absence de contraintes rencontrées par le recourant à cet égard dans son quotidien excluent dès lors, selon l'intimé, l'existence d'une atteinte résistante à toute option de thérapie possible.

8.2 Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et les références citées), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]).

8.3

8.3.1 En l'espèce, le SMR, par un médecin spécialiste en médecine interne et dans un rapport du 12 juillet 2016, s'exprime sur l'avis de l'expert gastroentérologue en se prononçant en substance sur le temps nécessaire au soin de la stomie. S'agissant du volet psychiatrique, il renvoie à l'avis d'une spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie du SMR. Même si l'écrit du médecin interne, du 6 juillet 2016, remet en question le diagnostic posé par les experts d'un trouble dépressif, de même que

l'addition de l'empêchement qui en résulte avec celui découlant de l'atteinte somatique, force est d'admettre (vu la nature de ce "renvoi interne", désigné comme un "avis médical provisoire") que le développement de ce médecin est seulement destiné à justifier la sollicitation d'un autre avis sur le volet psychiatrique, soit celui du 7 juillet 2016, que l'intimé a suivi dans sa décision. Dans son rapport du 12 juillet 2016, le médecin du SMR a d'ailleurs reconnu ne pas être qualifié pour commenter les avis des psychiatres (voir dos. AI 93/7). Partant, le recourant ne saurait remettre en cause la valeur probante de ces rapports en raison des qualifications professionnelles de leur auteur. Il apparaît que, sur le plan formel, ceux-ci satisfont les critères posés par la jurisprudence.

8.3.2 Quant au contenu de ces rapports, c'est tout d'abord de façon convaincante que le médecin interne du SMR confirme la diminution de la capacité de travail de 10% retenue par l'expert gastroentérologue. S'agissant de l'avis de la seconde spécialiste du SMR, elle écarte le diagnostic de trouble dépressif récurrent en indiquant que les critères de la CIM-10 ne sont pas remplis. En l'occurrence, le ch. F33 CIM-10 exige en résumé une survenance répétée d'épisodes dépressifs au sens du ch. F32 CIM-10 et l'absence d'antécédent d'épisodes d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie. Les critères suivants résultent en outre notamment de ce dernier chiffre: un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie, une diminution de l'activité, une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer (associée couramment à une fatigue importante), des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit (et une perte de poids), de l'estime et de la confiance en soi, de même qu'une perte de la libido. D'après la CIM-10, le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer le degré de sévérité de l'épisode dépressif. Dans le rapport d'expertise, il est relevé que le recourant est tombé dans la passivité, qu'il rencontre de grandes difficultés pour dormir, qu'il a une attitude résignée, a perdu espoir et ne voit plus de perspective d'avenir. Il est également relevé qu'il n'a plus d'appétit, ni de libido. Il est aussi fait mention d'un dégoût de la vie et d'un ralentissement du rythme diminuant son rendement (dos. AI 82.1/6-9, 11 et 14). Au regard du dossier, on peine dès lors à comprendre que la spécialiste du SMR puisse retenir que les

critères de la CIM-10 (ch. F33, en lien avec le ch. F32) ne sont pas remplis. En particulier, on ne voit pas en quoi les éléments mis en exergue par la spécialiste au sujet des constatations psychiatriques de l'expert (voir dos. AI 82.1/8) remettent en cause les conclusions de ce dernier. De plus, la brève motivation de celle-ci (à savoir l'absence d'un trouble affectif et le fait que le diagnostic d'un état consécutif à un épisode dépressif grave a été posé alors que le traitement du cancer était en cours), ne convainc pas, au même titre que l'appréciation selon laquelle le recourant aurait une activité sociale intense. Cela étant, c'est à juste titre que le recourant s'en prend à la motivation de cette détermination du SMR. On notera en outre que l'évaluation de l'invalidité ne dépend pas en soi du diagnostic, mais uniquement des effets d'une maladie sur la capacité de travail. Le facteur déterminant est dès lors principalement les résultats psychopathologiques et la gravité des symptômes (voir c. 2.1). A cet égard, l'expertise bidisciplinaire est toutefois probante, cohérente et convaincante, au contraire de la détermination de la spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie du SMR. Cette évaluation ne fait dès lors pas le poids face à l'expertise bidisciplinaire (voir à cet égard: TF 8C_452/2016 du 27 septembre 2016 c. 3 s.).

8.4 Au vu de ce qui vient d'être exposé, c'est donc à tort que l'intimé s'est écarté de l'expertise bidisciplinaire et qu'il a suivi les conclusions du SMR, selon lesquelles il n'existe aucune atteinte invalidante à la santé de nature psychique. C'est d'ailleurs aussi à tort qu'il aboutit au même résultat en évoquant l'absence de résistance à la thérapie (voir p. 5, ch. 13 de la réponse), la jurisprudence ne faisant plus dépendre de manière absolue la reconnaissance du caractère invalidant d'une dépression légère à moyenne au fait qu'elle se révèle résistante aux traitements (ATF 143 V 409 c. 4.4; TF 9C_77/2018 du 8 août 2018 c. 2.2, 9C_142/2018 du 24 avril 2018 c. 5.2, 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 c. 4.1, 9C_797/2017 du 22 mars 2018 c. 4.3). Au regard de tout ce qui précède, il convient de reconnaître l'existence d'une atteinte psychique invalidante, conformément aux conclusions de l'expertise. On doit dès lors en tirer les conséquences qui conviennent sur le taux d'invalidité. Au demeurant, ainsi que cela ressort du c. 9.3 ci-dessous, point n'est besoin d'examiner plus en détail si, comme le conteste le SMR, c'est à tort que les experts ont retenu que les

taux d'incapacité (somatique et psychique) s'additionnent. Le recours doit en effet être rejeté également dans cette hypothèse.

9.

9.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG; ATF 130 V 343 c. 3.4.2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b).

9.2 En l'espèce, pour le revenu de valide, l'intimé s'est fondé à raison sur le dernier salaire réalisé par le recourant en tant que chauffeur en 2012 (Fr. 53'600.- ; dos. AI 14/5; ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1). Indexé à 2014 (année de naissance du droit à la rente, voir c. 4 et ATF 129 V 222; TF 8C_228/2017 du 14 juin 2017 [destiné à la publication] c. 4.1.3), ce revenu est porté à Fr. 54'384.- (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 1976 - 2016, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2012: 2'188 et 2014: 2'220).

9.3 Pour le revenu d'invalide (calculé pour la même période, selon la jurisprudence précitée), dès lors que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la survenance de l'invalidité et qu'il découle du dossier médical que l'activité de chauffeur/livreur n'est plus exigible (voir c. 6.1.1 et 6.2), l'intimé s'est à juste titre basé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiés régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS; les tables statistiques de salaires, d'indexation et de

durée normale de travail dans les entreprises sont accessibles à partir du site internet de l'OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2). Selon ceux-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'312.- (ESS 2014, Tableau "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Hommes) ou Fr. 63'744.- par an. Pour parvenir dans sa décision à Fr. 66'130.-, l'intimé a visiblement ajouté une part correspondant au 13^{ème} salaire (environ 45% du salaire mensuel, d'après le revenu annoncé en 2012). Les tables ESS incluent toutefois un 13^{ème} salaire, de sorte qu'il y a lieu de s'arrêter au revenu de Fr. 63'744.-. Comme l'a fait l'intimé, il convient ensuite de procéder à un parallélisme de ce revenu (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1, 134 V 322 c. 4.1), le salaire du recourant en 2012 étant nettement inférieur au revenu moyen de Fr. 5'210.- selon la table ESS correspondante pour 2012. Il en résulte en effet une différence de 14,25% par rapport à son revenu en 2012 de Fr. 4'466.70 (Fr. 4'300.-, plus la part du 13^{ème} salaire). Le parallélisme devant seulement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (à partir duquel la jurisprudence considère que le revenu est nettement inférieur à la moyenne; ATF 135 V 297 c. 6.1.2 s.), une réduction de 9,25% est dès lors à opérer, ce qui porte la somme à Fr. 57'847.70. En tenant compte d'une incapacité fonctionnelle d'au plus 40%, le revenu d'invalidé est enfin fixé à Fr. 34'708.60.

9.4 En comparant le revenu de valide (de Fr. 54'384.-) au revenu d'invalidé (de Fr. 34'708.60), il en résulte un taux d'invalidité de 36% n'ouvrant pas un droit à une rente de l'AI.

10.

Au regard de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté.

10.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le recourant, qui succombe, doit supporter les frais de la

procédure et ne peut prétendre au remboursement de dépens (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA). La réparation, dans la présente procédure, de la violation du droit d'être entendu du recourant ne justifie pas une autre répartition.

10.2 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).

10.3 En l'espèce, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire complète. La condition financière est manifestement remplie, dès lors que celui-ci est soutenu par les services sociaux (voir PJ 3; ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). Enfin, la présente cause justifiait l'assistance d'une mandataire professionnelle. La requête doit dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'avocate représentant le recourant est désignée en tant que mandataire d'office. Les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton.

Vu la note d'honoraires du 3 mai 2017 de la mandataire du recourant, qui ne prête pas à discussion quant à son montant, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 3'355.70 (honoraires de Fr. 3'016.65, débours de Fr. 90.50 et TVA de Fr. 248.55). Dans la mesure où le tarif horaire de l'avocate d'office correspond à celui de l'assistance judiciaire, la caisse du Tribunal versera cette même somme (voir ATF 132 I 201 c. 8.7 ainsi que 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 avocates et avocats commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

10.4 Le recourant doit néanmoins être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 112 al. 2 LPJA en lien avec l'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 désignée comme mandataire d'office.
3. Les frais de la 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. 3'016.65 auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 90.50 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 3'355.70 (Fr. 3'016.65 d'honoraires, Fr. 90.50 de débours et Fr. 248.55 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):

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

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).