

200.2018.368.AI

N° AVS
BCE/REN

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

Jugement du 30 octobre 2019

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
C. Wagnon-Berger, 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 28 mars 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1959, d'origine italienne, détenteur d'un permis C, célibataire et sans enfant, a travaillé en Suisse (et s'y est acquitté des cotisations sociales) en tant que peintre auprès de différentes entreprises comme salarié (entre 1977 et 2004; en alternant quelques périodes de chômage), et en dernier lieu, comme indépendant à 100% (entre 2004 et 2010). Dès 1993, l'assuré a présenté des incapacités de travail en lien avec des altérations cutanées au niveau des avant-bras et des mains, des altérations de la peau du visage ainsi que des troubles respiratoires. S'agissant des altérations cutanées au niveau des avant-bras et des mains, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) a reconnu l'existence d'une maladie professionnelle et a fourni les prestations d'assurance prévues par la loi. En revanche, s'agissant des deux autres affections susmentionnées, l'existence d'une maladie professionnelle a été niée par la Suva, de sorte que celle-ci a refusé de prester par décision sur opposition du 11 février 1998. Dite décision sur opposition n'a pas été contestée par l'assuré.

En 2010, l'intéressé a déménagé en Italie, son pays d'origine. Après avoir cessé son activité au 31 mai 2010, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) datée du 2 août 2012 (voir dos. AI 1.1/330, 1.1/304) auprès de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) en faisant valoir des séquelles de lobectomie supérieure partielle gauche ainsi qu'une apicectomie droite pour emphysème bulleux bilatéral. Après avoir instruit cette demande et notamment consulté le Service médical de l'OAIE, ce dernier Office a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, faute d'atteindre un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (taux d'invalidité fixé à 33%), ce dans une décision du 29 avril 2014 confirmant une préorientation au contenu similaire datée du 25 février 2014. Par arrêt du 6 janvier 2015 et sur requête dans ce sens de l'OAIE (après avoir consulté le Service médical de l'OAIE), le Tribunal administratif fédéral (TAF) a admis le recours interjeté par l'assuré contre cette décision

et a renvoyé la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire et nouvelle décision (TAF C-3292/2014 du 6 janvier 2015).

B.

L'assuré ayant repris en mai 2014 son domicile dans le canton de Berne, l'Office AI Berne s'est saisi du cas et a recueilli l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) en vue de mettre en œuvre des expertises. En suivant les recommandations de ce service, l'Office AI Berne a cherché à organiser en août 2015 une expertise polydisciplinaire (comprenant les disciplines de la médecine interne, rhumatologie, pneumologie ainsi que cardiologie). En juillet 2016, au vu de l'absence d'attribution du dossier à un centre d'expertise, l'Office AI Berne a demandé au SMR une nouvelle manière d'investiguer le cas. Sur proposition du SMR, l'Office AI Berne a organisé un consilium pneumo-cardiologique ainsi qu'une expertise rhumatologique-internistique (réalisée sur la base d'une évaluation de la capacité fonctionnelle [ECF]), les rapports y relatifs ayant été établis les 15 novembre 2016 et 6 juin 2017. Ces documents ont été soumis au SMR, qui a délivré deux rapports médicaux à cet égard les 8 août et 9 novembre 2017. En se fondant essentiellement sur ces derniers avis, l'Office AI Berne a notifié à l'assuré une préorientation niant tout droit à des prestations de l'AI, faute d'atteindre un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente (32%). En dépit des objections de l'assuré, formulées dans un courrier de son avocat des 19 janvier et 7 mars 2018, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation dans une décision du 28 mars 2018.

C.

Représenté par le même mandataire professionnel, l'assuré a porté le litige devant le TA le 8 mai 2018, date à laquelle il a également déposé une requête d'assistance judiciaire. Dans son recours, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, le tout sous suite de frais et dépens. Le

22 mai 2018, il a encore déposé de nouvelles pièces relatives à sa requête d'assistance judiciaire, ainsi qu'une procuration. Dans son mémoire de réponse du 25 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 27 juillet 2018, l'avocat du recourant a encore produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 28 mars 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

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, représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] 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 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 exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI 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.

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 LPGA).

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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

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 preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision contestée du 28 mars 2018, l'intimé a en substance retenu qu'une activité légère s'effectuant en position changeante était exigible de l'assuré à 100%. Le port de charge loin du corps, les activités au niveau des épaules, les positions fixes debout ou assises, les activités répétées en flexion antérieure du tronc en position agenouillée ou accroupie ou encore les activités sur échelle ou échafaudage ont été

considérés comme non exigibles par l'intimé. Concernant l'atteinte aux doigts de l'assuré, l'Office AI Berne a reconnu que des activités répétitives n'étaient pas exigibles à partir de 2016. De plus, l'intimé a retenu que la période d'incapacité totale à partir du mois de février 2016 ne pouvait être considérée comme de longue durée, de sorte que celle-ci n'avait pas d'influence sur le droit à la rente. Ce faisant, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité du recourant à 32%, en tenant notamment compte d'une limitation de rendement de 20% et d'un abattement de 15% (et non 10% comme indiqué dans la décision litigieuse, voir à ce propos mémoire de réponse du 25 juin 2018 p. 4) par rapport au salaire moyen statistique s'agissant du revenu d'invalidé. Dans sa réponse, l'Office AI Berne a contesté les reproches formulés par le recourant quant au prétendu manque d'instruction du dossier ainsi qu'à la prétendue absence de valeur probante du rapport du SMR. Il a relevé qu'aucune appréciation médicale au dossier ne permettait de remettre en cause les expertises ainsi que le rapport du SMR.

3.2 Dans son recours du 8 mai 2018, l'assuré reproche à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de ses observations déposées à la suite de la préorientation et de ne pas avoir invité son médecin traitant à prendre position, comme il l'avait pourtant demandé et fait valoir un manque d'instruction du dossier. Par ailleurs, l'assuré énumère les différentes atteintes à la santé dont il souffre et relève que son état de santé est invalidant et porte atteinte à sa capacité de travail. Est en outre particulièrement contesté par le recourant, le calcul de comparaison des revenus effectué par l'intimé et plus spécifiquement le profil d'exigibilité dans une activité adaptée ainsi que le taux de rendement pris en compte dans le revenu d'invalidé qui, selon lui, serait réduit dans une mesure largement supérieure aux 20% retenus dans la décision attaquée. De plus, il fait valoir que l'état de santé psychique du recourant n'a nullement été pris en compte dans la décision de l'intimé. En d'autres termes, l'assuré considère que le rapport du SMR sur lequel se fonde l'intimé pour rendre la décision litigieuse ne peut être considéré comme sérieux et complet et que des mesures complémentaires d'instruction s'imposent.

4.

4.1 Sur le plan médical et jusqu'à la décision de refus de prestations du 29 avril 2014, le dossier fait essentiellement état des éléments suivants.

4.1.1 Se fondant sur des examens effectués par un hôpital universitaire (dossier [dos.] AI 1.1/241) le 7 novembre 1994 ainsi que par un médecin FMH en médecine générale le 18 mars 1996 (dos. AI 1.1/237), l'employeur de l'assuré a annoncé par déclaration de sinistre datée du 1^{er} mai 1996 (dos. AI 1.1/243) que ce dernier souffrait d'une maladie professionnelle depuis décembre 1994. Il ressort des rapports relatifs aux examens précités les diagnostics de suspicion d'exanthèmes d'origine professionnelle, d'une rhinite et de troubles bronchitiques (peintures et solvants), d'une rhinite allergique pérenniale ainsi que d'une conjonctivite en présence d'un prick test intracutané positif aux acariens présents dans la poussière d'appartement, d'un érythème centrifuge de Darier, d'une dermatose faciale indéfinie avec une hyperpigmentation probablement d'origine post-lésionnelle, apparaissant le plus vraisemblablement dans le contexte d'une diathèse atopique (dos. AI 1.1/237 et 241). Dans un rapport du 3 septembre 1996 d'un spécialiste en pneumologie il est indiqué que l'assuré a présenté un trouble ventilatoire obstructif de degré faible à moyen dans un contexte de tabagisme chronique. Dans ce contexte, les diagnostics de bronchite asthmatique chronique avec emphysème bulleux et de polyatopie (allergie aux acariens présents dans la poussière d'appartements) ont été posés par le spécialiste (dos. AI 1.1/215).

4.1.2 L'assuré a séjourné du 6 au 16 janvier 1997 dans une clinique spécialisée dans les maladies pulmonaires, les allergies, la médecine interne et la réadaptation, pour y subir divers examens. L'expertise y relative a été rédigée en date du 21 janvier 1997 (dos. AI 1.1/156). Il en ressort que les experts n'ont pas retenu de maladie professionnelle affectant les poumons mais une problématique pulmonaire secondaire au tabagisme. Ils ont préconisé, au vu des tests cutanés réalisés, une protection de la peau ainsi que le port d'un masque pour éviter l'exposition aux irritants induisant une clinique peu spécifique chez l'assuré. En ce sens, les diagnostics d'irritation non spécifique au niveau rhino-conjonctival et bronchique, d'une dermatose chronique de la peau du visage, d'une

bronchite asthmatique chronique ainsi que d'un exanthème prurigineux lors de contact avec la fibre de verre ont été posés (dos. AI 1.1/165). Une capacité de travail de 100% a été attestée par les experts, pour autant que des mesures de protection soient prises s'agissant des problèmes cutanés et de la réaction non spécifique au niveau rhino-conjonctival et bronchique (dos. AI 1.1/166).

4.1.3 Les conclusions de l'expertise susmentionnée (voir c. 4.1.2 ci-dessus) ont été critiquées par des pneumologues d'un centre universitaire de médecine générale et santé publique, division de pneumologie dans un rapport du 30 juin 1997 (dos. AI 1.1/270). Les spécialistes ont en effet relevé que l'assuré suivait un traitement corticoïde topique depuis quelques mois avant l'expertise en question qui était susceptible, selon les médecins, de diminuer l'hyperréactivité bronchique. Par ailleurs, ils ont souligné une absence d'exposition professionnelle du recourant au cours des trois semaines précédant les tests de provocation (en raison de vacances), ce qui aurait pu contribuer, d'après les spécialistes, à la survenance des résultats négatifs (dos. AI 1.1/270). Ces derniers ont examiné une nouvelle fois l'assuré en date du 8 septembre 1997 et le rapport y relatif a été rédigé le 9 septembre 1997 (dos. AI 1.1/124). Il y apparaît que la reprise de l'activité professionnelle par le recourant s'est soldée par une récurrence des plaintes ayant fait l'objet de l'expertise et que le recourant a été encouragé à un sevrage tabagique complet (dos. AI 1.1/125).

4.1.4 L'assuré a séjourné du 14 septembre au 4 octobre 2011 dans une clinique en Italie. Le rapport de la chirurgie thoracique y relatif du 19 octobre 2011 mentionne un diagnostic de bronchite chronique asthmatique, un emphysème bulleux bilatéral avec "pnx" chronique ainsi qu'un emphysème bulleux bilatéral pneumothorax gauche (dos. AI 1.1/281). Un scanner thoracique a en outre été mis en œuvre le 8 novembre 2012 en Italie lequel a notamment révélé un emphysème diffus bilatéral avec augmentation du volume pulmonaire réduisant les structures vasculaires et induisant des déformations de l'appareil vasculo-bronchique (dos. AI 1.1/274).

4.1.5 Dans une prise de position médicale du Service médical de l'OAIE datée du 4 février 2014, il a été retenu une incapacité de travail dans

l'activité habituelle de 50% dès le 27 septembre 2011 ainsi qu'une incapacité de travail de 0% dès le 27 septembre 2011 dans une activité de substitution et le diagnostic d'emphysème pulmonaire a été posé (dos. AI 1.1/99). De l'avis du Service médical de l'OAIE, le port et le transport de charges supérieures à 10 kg n'étaient pas exigibles et les travaux lourds, l'exposition aux poussières et aux émanations devaient être évités (dos. AI 1.1/100).

4.1.6 Un médecin d'un centre de radiologie italien a rendu un rapport du 8 avril 2014 mentionnant une scoliose modeste dorsale convexe avec courbure cypholordotique régulière, des signes radiologiques de spondylose, une arthrose inter-apophysaire au point d'appui sacré lombaire ainsi qu'une réduction de la largeur des espaces disques L2-L3 et L5-S1 (dos. AI 1.1/62).

4.1.7 Après avoir pris connaissance du rapport d'examen radiologique mentionné plus haut (voir c. 4.1.6 ci-dessus), le Service médical de l'OAIE a, sur demande de l'OAIE, pris une nouvelle fois position dans un rapport médical du 4 novembre 2014. Dans ce contexte, le médecin a proposé des examens spécialisés complémentaires (examens orthopédiques, spirométrie et gazométrie après l'effort; dos. AI 1.1/48 et 49).

4.2 A la suite de l'arrêt du TAF du 6 janvier 2015, l'instruction du dossier médical a principalement été complétée par les documents suivants.

4.2.1 Dans un rapport du SMR daté du 24 août 2015 et en se fondant sur les documents au dossier de la cause, un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de bronchite chronique asthmatique et de problème de dos non spécifié. Sans influence sur la capacité de travail, les diagnostics de bronchite asthmatiforme chronique avec emphysème bulleux, diathèse atopique (avec dermatose du visage), rhino-conjonctivite perannuelle et maladie de Darier ont été retenus par le SMR (dos. AI 7/2). Dans ce contexte, le SMR a préconisé une expertise pluridisciplinaire qui devait couvrir les disciplines de la médecine interne, la rhumatologie, pneumologie et la cardiologie. Il a également recommandé une échocardiographie transthoracique, une spirométrie ainsi qu'une

spiroergométrie avec l'étude des gaz du sang au repos et à l'effort (dos. AI 7/4).

4.2.2 Dans un rapport du 9 février 2016 d'un spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, il est indiqué qu'une recherche des anticorps anti-CCP a conduit à un résultat positif à 89 (norme < 17) alors que la sérologie de Lyme a été testée négative et la ferritine évaluée dans la norme. Se fondant sur ces résultats cliniques ainsi que sur un bilan radiologique des mains et des pieds ne montrant aucun pincement ou érosion ni de chondrocalcinose, le spécialiste a suspecté une polyarthrite rhumatoïde séropositive. Il a, à cet égard, préconisé un traitement de fond sous la forme d'un traitement de Métoject sous cutané (dos. AI 13/2).

4.2.3 Sur demande de l'Office AI Berne qui n'avait pas réussi à attribuer le cas à une expertise pluridisciplinaire, le SMR, par son spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a une nouvelle fois pris position quant à la manière d'instruire le dossier dans un rapport du 21 juillet 2016 (dos. AI 16/2). Dans ce cadre, le SMR a souligné qu'une évaluation cardiologique et pneumologique étaient nécessaires et que sans de telles évaluations, aucun profil d'exigibilité ne pourrait être émis. Le SMR a donc proposé de procéder non seulement à un consilium avec réalisation d'un consilium pneumo-cardiologique avec la réalisation d'un bilan fonctionnel par spiro-ergométrie et réalisation d'une échocardiographie, mais également à une expertise rhumatologique-internistique (dos. AI 16/5).

4.2.4 Un consilium pneumologique a été mis en place par l'Office AI Berne dont les résultats ont été consignés dans un rapport du 15 novembre 2016. Après avoir examiné le recourant en date du 8 novembre 2016 et en se fondant sur l'ensemble des documents au dossier de la cause, les experts ont noté que le recourant se plaignait d'une aggravation de la dyspnée (essoufflement) suite aux interventions chirurgicales de 2011 (lobectomie), principalement lors de montées d'escaliers ou de randonnées en montagne. Ils ont également indiqué qu'il souffrait de douleurs à la cicatrice relative à la thoracotomie (dos. AI 23/5). Les experts ont retenu les diagnostics de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec emphysème à prédominance apicale, polyarthrite rhumatoïde, syndrome

douloureux d'origine thoraco-lombaire sur status maladie de Scheuermann et hernie hiatale symptomatique (dos. AI 23/4). Selon les experts, s'agissant de l'atteinte à la santé pulmonaire, la capacité physique de l'assuré est moyennement limitée mais ils n'ont pas constaté d'hypertension pulmonaire secondaire à la maladie pulmonaire lors de l'échocardiographie. Les spécialistes ont par ailleurs relevé que la fonction cardiaque était normale en échographie bien qu'au repos, une tachycardie sinusale ait été constatée avec étiologie indéterminée (dos. AI 23/5). Aucune atteinte pulmonaire dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde n'a été mise en évidence par les experts (dos. AI 23/7). Ces derniers ont observé que d'un point de vue spiroergométrique, la capacité physique de l'assuré était moyennement limitée, conduisant à une incapacité de travail théorique de 26-50% (dos. AI 23/7). S'agissant en particulier de l'ancienne activité professionnelle de peintre, les spécialistes ont indiqué qu'il existait des valeurs limites conduisant à retenir que l'assuré conservait une capacité physique qui lui permettait de travailler comme peintre avec soulèvement et port de charge allant de 10kg à maximum 20kg (dos. AI 23/7). Les experts n'ont pas pu établir qu'il existait une aggravation de l'état de santé en cas d'exposition à des laques (selon l'anamnèse, l'assuré se plaignait de l'aggravation des symptômes pendant le travail). Finalement, l'évolution liée à la maladie pulmonaire a été décrite par les experts comme stable (dos. AI 23/7).

4.2.5 Sur conseil de son SMR, l'Office AI Berne a mandaté des spécialistes pour la réalisation d'une expertise en rhumatologie dont les conclusions ont été rapportées dans un écrit du 6 juin 2017. Sur la base d'une ECF réalisée les 16 et 17 mars 2017, d'un examen ambulatoire personnel de l'assuré du 6 avril 2017 et des documents au dossier, les experts ont retenu les diagnostics (avec répercussions sur la capacité de travail) de polyarthrite rhumatoïde, bronchopneumopathie obstructive chronique avec emphysème à prédominance apicale, syndrome lombospondylogène chronique. Sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de dermatopathie, d'hyperplasie prostatique bénigne, d'arthroscopie de l'épaule, d'amygdalectomie durant l'enfance ainsi que d'opération du nez pour une polypose naso-sinusienne ont été posés (dos. AI 36.1/16-17). Les experts ont noté une divergence entre le ressenti de

l'assuré, qui a affirmé être inactif au quotidien en raison de ses limitations physiques, et les résultats des examens cliniques selon lesquels l'assuré était capable d'effectuer des pas rapides, de se redresser de la position "couché" à la position "assis" sans difficulté et de supporter tous les examens presque sans douleur (dos. AI 36.1/19). D'après les experts, cette divergence a par ailleurs été confirmée par le biais de l'ECF des 16 et 17 mars 2017 mais une tendance à l'exagération de la douleur n'a pas pu être confirmée d'un point de vue clinique (dos. AI 36.1/19). En raison de l'affection rhumatologique sous-jacente principalement au niveau des mains, les experts ont retenu que le recourant n'était que partiellement capable d'effectuer des activités manuelles répétées. A ce titre, les experts ont précisé que lors de la phase active de la polyarthrite rhumatoïde, l'assuré était limité dans ses activités manuelles mais qu'au moment de l'expertise, l'affection était en rémission, de sorte que des activités manuelles légères étaient à nouveau possibles pour l'assuré (dos. AI 36.1/20). Les experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de peintre, mais à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité légère, manuelle et sans travail répétitif comprenant des pauses (dos. AI 36.1/21), sont préconisées par les experts une physiothérapie ainsi qu'une thérapie médicale d'entraînement, également s'agissant des douleurs lombospondylogènes intermittentes (dos. AI 36.1/18).

4.2.6 S'exprimant sur le consilium pneumologique ainsi que sur l'expertise rhumatologique dans un rapport du 8 août 2017, un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR a d'abord relevé qu'une évaluation en médecine des assurances pouvait être formulée sur la base des rapports d'expertise et qu'aucune autre atteinte à la santé physique, psychique et/ou intellectuelle que celles documentées au dossier ou dans les expertises menées en 2016 et 2017 n'était mentionnée par l'assuré ou ses médecins. S'agissant d'une éventuelle investigation cardiologique, le SMR a relevé l'existence d'un rythme cardiaque sinusal élevé lors du consilium pneumologique tout en précisant que le rythme cardiaque était normal au moment de l'expertise rhumatologique. Le spécialiste a conclu que cette tachycardie n'était que passagère et n'y a associé aucune limitation fonctionnelle objective sur la durée, si bien que

selon le médecin, elle ne pouvait avoir de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Sur cette base, le SMR a retenu qu'il n'existait, avec une vraisemblance prépondérante, aucune pathologie cardiaque à la base de la tachycardie passagère, de sorte que de l'avis du spécialiste, une investigation cardiologique n'était pas justifiée et ce, d'autant plus que ladite tachycardie avait disparu au moment de l'expertise rhumatologique (dos. AI 38/8-9). Pour le spécialiste du SMR, la tachycardie aurait pu être causée par un déconditionnement musculaire global mis en évidence lors de l'expertise rhumatologique ou par un médicament comme par exemple celui pris par l'assuré pour ses problèmes de prostate (effet secondaire; dos. AI 38/9). Sur la base des deux expertises susmentionnées (voir ci-dessus c. 4.2.4 et 4.2.5), le SMR a posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) avec emphysème à prédominance apicale, syndrome lombospongylogène chronique et polyarthrite rhumatoïde. Sans influence sur la capacité de travail, les diagnostics d'hernie hiatale symptomatique, diathèse atopique, rhino-conjonctivite perannuelle, maladie de Darier depuis 1994, hyperplasie prostatique, arthroscopie de l'épaule droite en 2015, amygdalectomie dans l'enfance et polypose nasale opérée en 1986 ont été retenus. S'agissant des profils d'exigibilité, le rhumatologue du SMR a considéré qu'en lien avec la polyarthrite touchant surtout les doigts et les mains, l'activité habituelle de peintre n'était plus exigible. Il a par ailleurs reconnu que le problème de dos était également un facteur limitant l'exercice de cette activité. En revanche, le spécialiste du SMR a estimé qu'une activité légère s'effectuant en position changeante était exigible à 100% avec baisse de rendement de 20% en termes de nombre de pauses augmenté. Il a en outre mentionné que les positions fixes debout ou assise, les activités répétées en flexion antérieure du tronc, en position agenouillée ou accroupie, sur échelle ou échafaudages n'étaient pas exigibles. En lien avec l'atteinte des doigts, le spécialiste du SMR a ajouté que des activités répétitives n'étaient pas exigibles. S'agissant du dos, le port de charge loin du corps et les activités au niveau des épaules ont été jugées non exigibles par le SMR (dos. AI 39/9). Ce dernier a indiqué que le profil d'exigibilité décrit ci-dessus était valable au plus tard depuis mai 2016 soit trois mois après que le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde ait été posé en février 2016 (dos. AI 13/2); les trois mois correspondant aux trois mois durant

lesquels le recourant avait subi une thérapie de méthotrexate visant la rémission de la polyarthrite rhumatoïde. Le spécialiste a donc retenu qu'entre février et mai 2016, l'assuré était inapte à travailler à 100% dans toute activité. En se référant au rapport du consilium pneumologique, le médecin du SMR a précisé qu'avant le développement de la polyarthrite rhumatoïde en février 2016, le recourant souffrait déjà de la maladie pulmonaire et que celle-ci n'aurait pas empêché l'exercice d'une activité de peintre (dos. AI 38/9).

4.2.7 Sur question de l'Office AI Berne, le médecin du SMR s'est positionné dans un écrit du 9 novembre 2017 quant à la date depuis laquelle l'exigibilité émise dans son rapport du 8 août 2017 était valable. Dans ce cadre, il a rappelé que l'assuré souffrait de maladie chronique au niveau pulmonaire, d'une maladie dégénérative au niveau lombaire et d'une maladie auto-immune au niveau articulaire diagnostiquée en février 2016. Le rhumatologue du SMR a donc retenu, avec une vraisemblance prépondérante, que l'assuré se trouvait dans un état de santé plus favorable en 2012 que celui dans lequel il était en 2017 (lors de l'établissement du rapport du SMR relatif au profil d'exigibilité) dans la mesure où la polyarthrite rhumatoïde n'avait pas encore été diagnostiquée en 2012. Fort de ce constat, le médecin du SMR a reconnu que le profil d'exigibilité valable au plus tard depuis mai 2016 (voir ci-dessus c. 4.2.6) et mentionné dans son rapport du 8 août 2017, était également valable et exigible en août 2012, tout en précisant que l'assuré était inapte au travail à 100% entre février et mai 2016 (période d'activité de la polyarthrite rhumatoïde avant sa rémission sous méthotrexate; voir dos. AI 40/1).

4.2.8 Par le biais de son recours, l'intéressé a déposé un rapport médical daté du 7 mai 2018 de son médecin traitant lequel a retenu les diagnostics d'érythèmes oculaires récidivants en cours d'investigation, polyarthrite rhumatoïde, prostatisme sur hyperplasie prostatique, folliculite récidivante de la barbe, rhino conjonctivite récidivante, hypertrophie des cornets nasaux droits, BPCO sur ancien tabagisme, tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite, hernie hiatale par glissement, prédiabète, stéatose hépatique, surpoids, diverticulose pancolique marquée et état anxio-nerveux. Selon le médecin, ces différentes atteintes auraient comme

conséquences que le patient serait en incapacité de travail durable dans son activité de professionnel du bâtiment. Il a ajouté qu'il paraissait d'après lui peu probable que l'exercice d'une activité adaptée, pour autant qu'elle existe pour un patient de cet âge et avec de telles limitations fonctionnelles, puisse réussir (dos. AI 48/43).

5.

Dans un premier grief de nature formelle, le recourant semble se plaindre d'une violation du droit d'être entendu. Il soutient que l'Office AI Berne n'a pas tenu compte de sa demande de requérir un rapport auprès de son médecin traitant et qui faisait précisément l'objet de ses objections formulées en date du 7 mars 2018.

5.1 Le droit d'être entendu garanti à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101) confère à la personne concernée un droit personnel de participer à la procédure, de présenter des preuves pertinentes, d'être entendu avec de telles requêtes de preuves et de participer à l'administration des preuves pertinentes. Le pendant de ce droit de participer à la procédure consiste dans l'obligation incombant aux autorités de recueillir les griefs et les requêtes de preuves des parties et de les examiner, ainsi que de verser au dossier les moyens de preuve produits en temps voulu et dans les formes prescrites (ATF 138 V 125 c. 2.1; SVR 2016 BVG n° 6 c. 6.1.1). Ne doivent toutefois être acceptées, dans le cadre de ce droit fondamental, que les preuves qui sont pertinentes pour le jugement de la cause. Il est possible de renoncer à un moyen de preuve requis par une partie lorsque les faits que la partie entend prouver ne sont pas déterminants juridiquement, lorsqu'il s'agit de prouver un fait déjà établi, lorsqu'il apparaît d'emblée que la preuve proposée ne conduira pas à des éclaircissements ou lorsque l'autorité est en mesure d'apprécier les faits par elle-même sur la base de ses propres connaissances du domaine ou de celles de ses employés spécialisés (ATF 122 V 157 c. 1d).

5.2 En l'espèce, l'Office AI Berne, au moment de rendre sa préorientation ainsi que sa décision litigieuse, était en possession de nombreux documents médicaux relatifs à l'état de santé du recourant, et

plus particulièrement d'un rapport d'un consilium pneumologique ainsi que d'une expertise pneumologique. Comme cela ressort des considérants qui suivent, ces différents moyens de preuve suffisaient à eux seuls pour établir les faits qui fondaient la décision litigieuse (voir c. 6). Par ailleurs, si le recourant souhaitait amener des faits qui n'étaient pas encore établis au dossier, il lui revenait d'amener des moyens de preuve et de déposer, par exemple, un rapport médical du médecin traitant lors du dépôt de ses objections, comme il l'a du reste fait devant le TA. Dans ces conditions, une violation du droit d'être entendu ne peut être opposée à l'intimé.

6.

Le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son devoir d'instruction en se fondant sur un rapport médical du SMR incomplet dont les conclusions n'ont pas suffisamment été étayées pour rendre sa décision litigieuse.

6.1 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

6.2

6.2.1 En l'occurrence, sur le plan formel, il faut admettre que le rapport du médecin du SMR du 8 août 2017 sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre sa décision litigieuse répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des rapports médicaux. Le spécialiste du

SMR a rendu ses conclusions en se fondant sur l'ensemble du dossier, en particulier sur le rapport du consilium pneumologique ainsi que sur l'expertise rhumatologique ayant été diligentés par l'Office AI Berne après le renvoi de la cause à ce dernier par le TAF. A juste titre, aucun grief n'a été formulé par le recourant à l'encontre de ces deux expertises. Les experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont procédé à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives ainsi que les nombreux rapports médicaux antérieurs figurant au dossier. Les conclusions des experts sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. C'est donc avec raison que le spécialiste du SMR s'est fondé notamment sur les deux expertises au dossier.

6.2.2 Il ressort du rapport médical du SMR daté du 8 août 2017 que la description du contexte médical est claire et que les conclusions sont dûment motivées. En effet, lorsque le médecin du SMR écarte une pathologie cardiaque (dos. AI 38/8), il s'appuie sur des constatations et des appréciations détaillées (dos. AI 38/8) qui permettent de suivre son raisonnement. S'agissant d'une éventuelle affection psychiatrique, le médecin du SMR l'a exclue en observant que l'assuré n'était pas suivi en psychiatrie, qu'aucun traitement de la pharmacologie psychiatrique ne lui avait été préconisé et qu'aucun des éléments au dossier ne faisait état d'un tel problème. Ce n'est en effet qu'au stade du recours devant le TA que l'assuré a allégué un diagnostic de trouble anxio-nerveux (recours p. 9) en se fondant sur un rapport de son médecin traitant du 7 mai 2018 (dos. AI 48/43). Comme le fait valoir à juste titre l'intimé, ce rapport médical, qui se réfère notamment à un état anxio-nerveux, alors que le médecin traitant du recourant ne dispose pas des qualifications en psychiatrie nécessaires pour émettre un tel diagnostic et ne traite pas de la capacité de travail du recourant sur ce point, ne peut influencer sur la présente procédure, cet écrit se rapportant à un état de fait postérieur à la décision attaquée. Ces faits pourront, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Par conséquent, les raisons poussant le médecin SMR à ne pas investiguer davantage cette question sont compréhensibles et ne remettent nullement en cause la valeur probante du

rapport du 8 août 2017. La même conclusion s'impose s'agissant des symptômes de fatigue ressentie par le recourant dans la mesure où le médecin du SMR a expliqué qu'une telle fatigue était un symptôme qui accompagnait très fréquemment les maladies auto-immunes et leur thérapie immunosuppressive comme une polyarthrite rhumatoïde (dos. AI 38/10). Quant aux infections à la peau et aux yeux mentionnées par l'intéressé dans son recours (recours p. 7 et 8), force est de constater que, tout comme le médecin traitant du recourant (dos. AI 48/42), le spécialiste du SMR a retenu le diagnostic de rhino conjonctivite récidivante. On ne saurait ainsi reprocher l'absence d'une étude fouillée sur ce point dans la mesure où le médecin du SMR s'est fondé sur les résultats de tests cutanés au dossier, notamment ceux discutés dans une expertise réalisée par une clinique spécialisée dans les maladies pulmonaires, les allergies, la médecine interne et la réadaptation (voir ci-dessus c. 4.1.2), pour considérer qu'un tel diagnostic n'avait aucune influence sur la capacité de travail du recourant. Concernant le diagnostic d'érythèmes oculaires récidivants en cours d'investigation posé par le médecin traitant dans son rapport du 7 mai 2018, il convient de réitérer ce qui a été mentionné plus haut en ce sens que ce rapport médical qui se fonde sur un état de fait postérieur à la décision litigieuse, soit une affection qui n'avait jusque là pas été établie, ne peut influencer sur la présente procédure (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

6.2.3 Le reproche du recourant selon lequel l'Office AI Berne n'aurait pas suffisamment tenu compte de son problème de dos ne résiste pas à l'examen. Tout d'abord cette problématique a été intégrée dans le profil d'exigibilité puisqu'il y est expressément mentionné qu'*"en lien avec le dos, le port de charge loin du corps et les activités au niveau des épaules sont non exigibles"* (dos. AI 38/9). Ensuite, tant le médecin du SMR que les experts en rhumatologie consultés se sont accordés à admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, malgré cette symptomatique (dos. AI 36.1/14 et 38/9). A ce titre, les experts en rhumatologie se sont positionnés en recommandant un renforcement et une stabilisation intensive physiothérapeutique de la musculature du tronc et au niveau para vertébral (dos. AI 36.1/14). Finalement le médecin du SMR a retenu que des investigations supplémentaires sur ce point étaient inutiles puisque le

syndrome était actuellement peu symptomatique (dos. AI 38/6). Dans ces conditions, on ne peut considérer que cette problématique a été ignorée ou insuffisamment prise en compte. Par ailleurs, le rapport médical du 7 mai 2018 ne fournit aucun indice remettant en cause les appréciations des experts en rhumatologie ainsi que du médecin du SMR qui se rejoignent dans leurs conclusions, à savoir une pleine capacité de travail du recourant malgré ses problèmes de dos.

6.2.4 Au vu de ces éléments, il ne peut être reproché au spécialiste du SMR, dont les qualifications en médecine interne et en rhumatologie ne sauraient être mises en doute au vu des pathologies (potentiellement) invalidantes du recourant, de n'avoir pas suffisamment fouillé les points litigieux importants (voir ci-dessus c. 2.4). Des investigations médicales supplémentaires sont superflues (appréciation anticipée des preuves: ATF 136 I 229 c. 5.3) et une pleine valeur probante doit par conséquent être reconnue au rapport médical du SMR daté du 8 août 2017.

6.3 L'assuré oppose le rapport médical de son médecin traitant daté du 5 mai 2018 pour affirmer que le rapport médical du 8 août 2017 du SMR sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision litigieuse manque de sérieux et est incomplet. Cette appréciation médicale, au-delà du fait qu'elle émane du médecin de famille de l'assuré qui, en raison de la relation de confiance établie avec son patient, aura plutôt tendance dans le doute à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3), ne contient aucun élément propre à remettre en cause la pleine valeur probante accordée ci-dessus (c. 6.2) au rapport du SMR. Tout d'abord, il convient de souligner que les diagnostics principaux posés par le médecin de famille (polyarthrite rhumatoïde et problématique pulmonaire BPCO) ont également été retenus par le spécialiste du SMR, à l'exception du diagnostic d'état anxio-nerveux chronique. S'agissant toutefois de ce dernier diagnostic et comme cela ressort de ce qui précède (voir ci-dessus c. 6.2), aucun élément au dossier, au moment de l'établissement du rapport du SMR et de la décision litigieuse, ne laisse à penser que le recourant souffrait de problème psychiatrique (ni traitement de type antidépresseur, ni suivi psychiatrique). Par ailleurs et comme l'indique à juste titre l'intimé dans son mémoire de réponse (mémoire de réponse du 25 juin 2018 p. 5),

le généraliste traitant du recourant ne dispose pas des qualifications nécessaires pour poser un tel diagnostic, ni d'ailleurs pour évaluer ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail de l'assuré. A cet égard, il sied de constater que le médecin traitant s'est limité à mentionner que *"tous ces paramètres ont comme conséquence que le patient est en incapacité de travail durable dans son activité de professionnel du bâtiment"*, ce qui n'est du reste pas contesté, ni par le spécialiste du SMR, ni par les experts en pneumologie et en rhumatologie consultés (dos. AI 38/9, 36.1/20 et 23/7) et ce, sans étayer d'aucune façon en quoi la prétendue affection psychiatrique limiterait la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Quant aux autres diagnostics posés par le médecin traitant qui n'auraient pas été discutés par le SMR dans son rapport du 8 août 2017, à savoir les diagnostics d'érythèmes oculaires récidivants en cours d'investigation, folliculite récidivante de la barbe, hypertrophie des cornets nasaux droits, prédiabète, stéatose hépatique, surpoids, diverticulose pancolique marquée, ceux-ci n'ont nullement été détaillés et des éventuelles conséquences de ces diagnostics sur la capacité de travail du recourant ne sont pas alléguées, ni motivées. Par conséquent, ce rapport du 7 mai 2018 n'est pas convaincant et n'apporte pas d'indices concrets suscitant des doutes tels, quant à la fiabilité des conclusions de la prise de position du SMR ou des expertises au dossier, qu'ils remettraient en cause la valeur probante du rapport du 8 août 2017 du médecin SMR.

6.4 Contrairement à ce que soutient le recourant, les conclusions du rapport du SMR consistant à admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (avec ses restrictions), sont cohérentes au vu des explications du spécialiste SMR et rejoignent par ailleurs les conclusions des experts en rhumatologie qui sont fondées sur une ECF, soit une évaluation permettant, de façon objective, d'évaluer la capacité de travail d'un assuré (dos. AI 38/9 et 36.1/15). En ce sens, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il fait valoir l'absence d'exigibilité concernant toute activité nécessitant l'emploi des mains (recours p. 8) dans la mesure où les experts ont précisément retenu qu'au moment de l'expertise, l'affection était en rémission, de sorte que des activités manuelles légères étaient à nouveau possibles pour l'assuré (période à distinguer de la phase active de la

polyarthrite lors de laquelle l'assuré était limité dans ses activités manuelles; dos. AI 36.1/20). L'avis médical du médecin traitant du recourant (dos. AI 48/43) n'est d'aucun secours à ce dernier. Le généraliste se limite à indiquer qu'*"il paraît peu probable que l'exercice d'une activité adaptée, pour autant qu'elle existe pour un patient de cet âge-là et avec de telles limitations fonctionnelles, a peu de chance de réussir"* (dos. AI 48/43), sans pour autant définir dans quelle activité l'assuré serait en mesure de mettre à profit sa capacité de travail. Le résultat des constatations du spécialiste SMR, qui prend particulièrement en compte l'aspect rhumatologique de l'état de santé de l'assuré en admettant que des activités répétitives ne sont pas exigibles (dos. AI 38/9), ne néglige ni les problèmes de dos de l'assuré, ni le volet pneumologique. En effet, le médecin du SMR mentionne que *"l'assuré présente une maladie pulmonaire clairement définie dans le consilium"* puis se réfère au rapport y relatif en relevant que les experts en pneumologie reconnaissent que le métier de peintre est (à peine) exigible de la part du recourant avec une limitation dans le port de charges (dos. AI 23/7 et 38/9). Le diagnostic du syndrome lombo-spondylogène chronique n'a pas non plus été occulté par le SMR qui exclut expressément de son profil d'exigibilité le port de charge loin du corps et les activités au niveau des épaules, ceci afin de préserver le dos (dos. AI 38/9).

6.5 Il résulte de ce qui précède que l'Office AI Berne s'est à juste titre fondé sur le rapport du SMR, lequel possède une pleine valeur probante, pour rendre sa décision litigieuse. Aucune violation de son devoir d'instruction ne peut être admise en l'espèce.

7.

Le recourant conteste le revenu d'invalidé pris en compte par l'Office AI Berne dans le calcul de comparaison des revenus, en particulier la baisse de rendement de 20% qu'il estime insuffisante.

7.1 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant 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).

7.2 En l'espèce, pour le revenu de valide, dès lors que le recourant n'exerçait plus d'activité lucrative au moment du début potentiel du droit à la rente (voir ATF 143 V 295 c. 4.1.3), 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. 5'430.- (ESS 2012, Tableau "Salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Niveau de compétences 1 [construction], Hommes; et non Fr. 5'507.- comme mentionné par l'intimé correspondant au revenu déterminant de 2014) ou Fr. 65'160.- par an. Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il convient de les réévaluer, comme l'a très justement fait l'intimé, en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, soit 41.7 heures par semaine (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Le salaire annuel correspond ainsi à Fr. 67'929.- (et non 65'562.- comme relevé par l'intimé).

7.3 Pour le revenu d'invalidé (calculé pour la même période, selon la jurisprudence précitée), dès lors que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le dépôt de la demande d'invalidité et qu'il découle du dossier médical que l'activité de peintre n'est plus exigible (voir c. 6.4), l'intimé s'est une nouvelle fois fondé sur les chiffres de l'ESS. Comme mentionné ci-dessus, il en résulte un revenu mensuel de Fr. 5'430 ou Fr. 65'160.- par an (et non Fr. 65'654.-, voir c. 7.2 ci-dessus). Fondé sur un

travail annuel hebdomadaire moyen usuel de 41.7 heures par semaine, un revenu annuel de Fr. 67'929.-. L'Office AI Berne a ensuite tenu compte d'une limitation de rendement de 20% et d'un abattement de 15% (voir le mémoire de réponse de l'intimé p. 4). Il en découle ainsi un revenu avec invalidité de Fr. 46'192.-

7.4 En comparant le revenu de valide (de Fr. 67'929.-) au revenu d'invalidé (de Fr. 46'192.-), il en résulte un taux d'invalidité de 32% n'ouvrant pas un droit à une rente de l'AI.

7.5 S'agissant de la diminution de rendement de 20% prise en compte par l'Office AI Berne et critiquée par le recourant, elle s'explique en raison des besoins de pause de ce dernier. Contrairement à ce que soutient l'assuré, une diminution supplémentaire n'est justifiée par aucun élément médical au dossier. S'agissant de l'abattement de 15% (sur le maximum de 25% admis par la jurisprudence: ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3) et en particulier de l'âge du recourant, mentionné par son médecin traitant dans son rapport du 7 mai 2018 (dos. AI 48/42), il y a lieu de relever que selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 c. 5). En l'espèce, le recourant était âgé de 58 ans et 11 mois au moment où la décision litigieuse a été rendue et n'avait dès lors pas encore atteint la limite d'âge dit "avancé" de 60 ans généralement retenue par le TF. Quoiqu'il en soit même en tenant compte d'un abattement de 20%, le taux d'invalidité serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ($67'929 - 20\% = 54'343$; $54'343 - 20\% = 43'474$; $67'929 - 43'474 = 24'455$; $24'455 \times 100 : 67'929 = \underline{36\%}$).

8.

Au vu de ce qui précède, on doit par conséquent accorder toute valeur probante au rapport médical du 8 août 2017 du spécialiste SMR et admettre une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée au profil d'exigibilité défini par le médecin SMR (activité légère s'effectuant en position changeante; absence d'activité en positions fixes debout ou assises, absence d'activités répétées en flexion antérieure du tronc, en position agenouillée ou accroupie, sur échelle ou échafaudages, en lien avec l'atteinte des doigts, absence d'activités répétitives et s'agissant du dos, absence de port de charge loin du corps et d'activités au niveau des épaules [dos. AI 39/9]), ce depuis août 2012 et mai 2016 s'agissant des atteintes aux doigts et en tenant compte d'une limitation de rendement de 20% et d'un abattement de 15%. En outre, il est reconnu une incapacité de travail totale entre février et mai 2016 mais sans incidence sur le droit à la rente en raison de sa courte durée (voir art. art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RS 832.201; RAI]).

9.

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

9.1 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).

9.2 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).

9.3 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 6-8; 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'un mandataire professionnelle. La requête doit dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'avocat représentant le recourant est désigné en tant que mandataire d'office. Les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton.

Vu la note d'honoraires du 27 juillet 2018 du mandataire du recourant, qui ne prête pas à discussion quant à son montant, compte tenu de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 1'372.80 (honoraires de Fr. 1'237.50, débours de Fr. 37.15 et TVA de Fr. 98.15). La caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 1'030.15 au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 916.60 [4.583 heures à Fr. 200.-], débours: Fr. 37.15 et Fr. 73.40 de TVA; 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]).

9.4 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 désigné 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. 1'237.50 auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 37.15 et la TVA de Fr. 98.15; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'030.15 au titre du mandat d'office (Fr. 916.60 d'honoraire, Fr. 37.15 de débours et Fr. 73.40 de TVA). L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

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).