

**200.2018.387.AI**  
N° AVS  
BCE/REN

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

**Jugement du 3 janvier 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
C. Wagnon-Berger, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 20 avril 2018



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1967, veuf depuis 2007, père de trois enfants majeurs et au bénéfice d'une formation d'électricien, a travaillé depuis février 2008 et en dernier lieu en tant que responsable d'atelier de débimétrie pour le compte d'une entreprise spécialisée dans la fabrication d'instruments de mesure. En incapacité de travail depuis avril 2013 pour des problèmes de dos, l'assuré a été licencié le 3 décembre 2013 pour le 28 février 2014. En date du 21 janvier 2014, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne (réceptionnée le 23 janvier 2014) en invoquant une décompression du nerf sciatique suivi d'une stabilisation des vertèbres ainsi qu'une dépression.

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite en requérant notamment des informations auprès des médecins traitants ainsi qu'auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). L'intimé a diligenté la tenue d'une expertise médicale bidisciplinaire dont les rapports y relatifs ont été rédigés les 3 (expertise psychiatrique) et 4 (expertise rhumatologique) janvier 2017. Sur la base de cette expertise, l'Office AI Berne a communiqué à l'assuré, le 15 février 2017, qu'il projetait de lui refuser tout droit à des prestations de l'AI, en retenant un degré d'invalidité de 15%. Nonobstant les objections déposées par l'assuré, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 20 avril 2018.

**C.**

Le 11 mai 2018, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 20 avril 2018 auprès du TA, en concluant à l'annulation ou la révision de cette dernière et, implicitement, à l'octroi d'une rente et ce, rétroactivement. Le 23 mai 2018, le recourant a déposé une requête

d'assistance judiciaire (dispense de frais de justice). Dans son mémoire de réponse du 25 juin 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. L'assuré n'ayant pas réagi dans le délai fixé par la juge instructrice au 12 juillet 2018, le dossier a été transmis pour jugement.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 20 avril 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi rétroactif d'une rente. Est particulièrement critiquée l'appréciation médicale prétendument lacunaire de l'Office AI Berne.

**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, 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. 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).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1). 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).

**2.3** 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.

**2.4** 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).

**2.5** 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).

### **3.**

**3.1** A l'appui de sa décision contestée, l'Office AI Berne, s'écartant partiellement des conclusions bidisciplinaires de l'expertise de janvier 2017 qu'il avait lui-même organisée, a retenu que la capacité de travail du recourant était restreinte depuis le 8 avril 2013 dans sa dernière activité professionnelle mais qu'elle n'empêchait pas ce dernier d'exercer, dès février 2014 et à 100%, une activité adaptée, soit une activité n'impliquant pas le port de lourdes charges, à effectuer dans un environnement tempéré et lui permettant de varier les positions assise et debout. Il en résulterait ainsi un degré d'invalidité de 15% (en procédant à un abattement de 5% sur le revenu avec invalidité), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. S'agissant des objections dirigées contre le préavis, l'Office AI Berne a fait valoir que l'ensemble des troubles dont l'assuré s'est plaint, en

plus de ses atteintes au dos, étaient couverts par le profil d'exigibilité sur lequel l'appréciation de l'invalidité se fonde. Il a aussi relevé, en appliquant la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) relative aux atteintes à la santé psychique (indicateurs), que les conséquences fonctionnelles des troubles psychiatriques du recourant n'étaient pas suffisamment avérées. Dans son mémoire de réponse du 25 juin 2018, l'Office AI Berne a confirmé les arguments avancés déjà à l'encontre des objections en réaffirmant qu'il contestait le reproche du recourant selon lequel les experts n'auraient pas tenu compte de l'ensemble des problèmes de santé allégués et a observé que les experts rhumatologue et psychiatre avaient pris note de toutes les plaintes subjectives de celui-ci.

**3.2** Le recourant, quant à lui, a étayé en substance son recours en faisant valoir que l'évaluation de la capacité de travail à laquelle l'Office AI Berne a procédé ne tient compte que de ses problèmes de dos dans la liste des 17 problèmes qu'il rencontre au quotidien (liste jointe à son courrier). L'intéressé reproche en outre à l'intimé d'avoir attendu plus de cinq ans avant de rendre la décision litigieuse et ce, malgré une incapacité de travail à 100% existante depuis 2013 et qui perdure encore au jour du recours.

#### **4.**

Quant aux faits médicaux pertinents de la cause, on peut constater ce qui suit.

**4.1** Il ressort tout d'abord du dossier que l'assuré a subi en date du 29 avril 2013 une opération de décompression microchirurgicale de la racine L5 au niveau de l'isthmolyse L5 gauche (dossier [dos.] 21.2/19), puis, le 24 septembre 2013, une seconde opération visant une reposition PLIF L5/S1, une disectomie L5-S1 ainsi qu'une stabilisation L4/L5 et L5/S1 (dos. AI 21.2/8).

**4.2** Sur le plan somatique, les médecins traitants du recourant ont fait parvenir des rapports médicaux à l'Office AI Berne. Le spécialiste du dos en charge de la seconde opération s'est exprimé dans un rapport du 17 février 2014 à l'attention de l'intimé et il a posé les diagnostics, avec

influence sur la capacité de travail, de douleur chronique lumbosacrée (spondylolisthésis L5/S1 et spondylolyse L5), status après décompression dorsale L5/S1 ainsi que status après spondylodèse dorsale L5/S1. Une incapacité de travail complète du 12 juillet au 6 novembre 2013 a été retenue par le praticien et ce dernier a considéré que l'activité jusque-là exercée était encore exigible du patient tout en retenant une diminution de rendement de 20%. Le médecin généraliste de l'assuré a également rédigé un rapport en date du 19 février 2014, posant les diagnostics (avec influence sur la capacité de travail) de status après opération avec reposition PLIF L5/S1, disectomie L5/S1 et stabilisation L4/L5 et L5/S1 depuis septembre 2013, de décompression L5/S1 depuis avril 2013 ainsi que de dépression depuis janvier 2014. Le médecin a jugé que l'incapacité de travail du recourant était totale entre le 26 février et le 3 mars 2013, nulle entre le 4 mars et le 7 mars 2013 et à nouveau totale dès le 8 avril 2013. Selon lui, l'activité exercée précédemment n'était plus exigible. Le 7 novembre 2014, le nouveau généraliste traitant de l'assuré a adressé un rapport médical à l'Office AI Berne dans lequel il a retenu des diagnostics identiques à ceux posés par le précédent médecin généraliste, tout en ajoutant celui de probable apnée du sommeil depuis septembre 2014. Le généraliste a également confirmé l'évaluation de la capacité de travail du recourant qui avait été retenue par l'ancien médecin généraliste et a estimé que d'un point de vue médical, l'activité exercée, de même qu'une réadaptation, n'étaient plus exigibles de l'assuré. Après avoir été consulté par le recourant, un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie a rédigé un rapport daté du 10 novembre 2014. Ce dernier a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, status après deux interventions chirurgicales lombaires, douleurs sacro-iliaques mécaniques, douleurs de l'épaule droite mécanique suite à une fracture de la clavicule ancienne ainsi que troubles statiques des deux pieds (pieds creux). Le spécialiste a précisé, dans un rapport du 25 mars 2015 qu'au vu des différents problèmes rencontrés par le recourant, une reprise d'une activité professionnelle quelconque lui semblait difficilement envisageable. Il est également mentionné par le spécialiste que, sur le plan rhumatologique, le patient est extrêmement limité dans tous les efforts physiques et ne supporte pas de rester assis ou debout plus de quelques minutes. Finalement, s'agissant des problèmes d'apnée du sommeil, l'intéressé a

consulté un spécialiste en médecine interne et en maladies respiratoires qui a rendu un rapport médical daté du 17 avril 2015. Les diagnostics d'apnée du sommeil, essai de thérapie nasale CPAP (continues positive airway pressure; pression positive continue) et abus de nicotine ont été posés par le spécialiste. Devant l'échec de la thérapie nasale CPAP (l'assuré ne parvenant pas à s'accoutumer à l'appareil), le spécialiste a préconisé l'utilisation de gouttières dentaires.

**4.3** D'un point de vue psychiatrique, le psychologue traitant du recourant a fait parvenir à l'intimé un rapport médical daté du 1<sup>er</sup> avril 2014 dans lequel il a posé les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), douleurs aiguës (CIM-10 R52), dorsalgies (bas du dos, sciatique, épaules, nuque; M54 CIM-10). Sans influence sur la capacité de travail, le spécialiste a cité le diagnostic de conseils en matière d'abus de tabac (CIM-10 Z71.6). Il a considéré en outre que la capacité de travail du recourant était nulle depuis avril 2013 jusqu'au jour de l'établissement du rapport. L'assuré s'est fait suivre, dès le 22 octobre 2014 par un psychiatre. Celui-ci, dans un rapport du 3 mars 2015 a retenu les diagnostics de troubles anxio-dépressifs depuis dix ans, troubles somatiques depuis 2013, dorsolombalgies suite à une décompression du nerf sciatique en juin 2013 et dorsolombalgies suite à la stabilisation des vertèbres lombaires en septembre 2013. Le psychiatre traitant a évalué à 100% l'incapacité de travail de l'assuré et ce depuis le 8 avril 2013 et jusqu'au jour de l'établissement du rapport médical, tout en ajoutant que l'activité exercée n'était plus exigible.

**4.4** Consulté par l'Office AI Berne, un spécialiste en médecine interne du SMR, dans un rapport du 13 janvier 2016, a retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de douleurs chroniques cervicales, thoraciques et lombaires sur status après deux stabilisations lombaires ainsi qu'une anxiété chronique et une dépression mélangées. Sans effet sur la capacité de travail, le spécialiste a mentionné une apnée du sommeil

ainsi qu'une obésité. Selon lui, l'incapacité de travail du recourant était totale depuis le 26 février 2013 et perdurait.

**4.5** Après discussion avec son SMR, l'Office AI Berne a organisé une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, dont les conclusions ont été rapportées dans des écrits des 3 et 4 janvier 2017.

**4.5.1** L'expert en psychiatrie a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisodes dépressifs de degré faible (ICD-10 F 32.0) existant depuis 2013. Sans incidence sur la capacité de travail, il a posé le diagnostic (psychiatrique) d'usage abusif de tabac (ICD-10 F 17.1). Selon son point de vue purement psychiatrique, l'épisode dépressif léger limite la capacité de travail de l'assuré de 20% au maximum au jour de l'expertise et depuis 2013.

**4.5.2** De son côté, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics interdisciplinaires (en commun avec l'expert psychiatrique), avec effet sur la capacité de travail, de syndrome chronique lombospondylogène et d'épisodes dépressifs légers. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu (en accord avec l'expert psychiatrique) les diagnostics de syndrome douloureux chronique du dos, syndrome chronique cervicospindylogène, hyperostose idiopathique squelettique diffuse, obésité et abus de nicotine. Selon l'appréciation de l'expert rhumatologue, la capacité de travail du recourant était nulle depuis avril 2013 et jusqu'à janvier 2014 dans toute activité professionnelle. Dès février 2014, l'expert a considéré que les activités impliquant le port de lourdes charges n'étaient plus exigibles de la part de l'assuré mais qu'en revanche, une activité légèrement à moyennement astreignante, exercée dans un environnement tempéré et permettant de varier les positions (assis, debout et marche) était exigible.

**4.5.3** Après concertation, les deux experts ont retenu, s'agissant de la capacité de travail du recourant, que celle-ci était nulle d'avril 2013 à janvier 2014 dans toute activité professionnelle et que dès février 2014, une capacité de travail entière était exigible de l'assuré dans une activité adaptée (selon profil décrit) avec une restriction d'au plus 20% de nature psychiatrique.

## **5.**

Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, tant sur le plan formel que matériel.

**5.1** 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).

**5.2** En l'occurrence, l'expertise bidisciplinaire de janvier 2017 a été élaborée sur la base de deux examens personnels du recourant (lors desquels un traducteur était présent) ainsi que sur l'étude du dossier médico-asséurologique. Les experts rhumatologue et psychiatre, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier, l'anamnèse complète (personnelle, professionnelle et familiale) et les plaintes subjectives du recourant. Dans ce contexte, le grief du recourant selon lequel l'Office AI n'aurait pas tenu compte de l'ensemble des problèmes de santé allégués par l'intéressé tombe à faux. En effet, l'Office AI Berne, pour rendre sa décision contestée, s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire de janvier 2017. Or, tant les problèmes de dos, de nuque que les troubles de sommeil, la fatigue ou les douleurs aux pieds, ainsi que de nature rachidienne irradiant dans les membres et la dépression ont été mentionnés par les deux experts (dos. AI 75.1/2 et 74.1/4, 12), de même que la prise d'antidouleurs (dos. AI 75.1/3 et 74.1/4) et de bains chauds pour réduire les douleurs (dos. AI 74.1/13). S'agissant des problèmes somatiques susmentionnés, l'expert rhumatologue a procédé à des examens cliniques afin de chercher à objectiver les différentes plaintes de l'assuré (dos. AI 75.1/9-12). L'expert psychiatre, de son côté, a également mentionné que le recourant avait peu d'amis, que le ménage était

principalement tenu par la compagne de celui-ci et il a également relevé des problèmes de concentration (dos. AI 74.1/13). Ainsi, on ne saurait reprocher aux experts, puis à l'Office AI Berne de n'avoir pas tenu compte des différents problèmes rencontrés par le recourant (voir annexe au recours du 11 mai 2018). Par ailleurs, le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts sont motivées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Cette dernière a, de plus, été organisée en fonction des indicateurs à élucider pour procéder à l'évaluation structurée instaurée par le TF pour l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychosomatiques dans son arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281). Par conséquent, sur le plan strictement formel, l'ensemble de l'expertise bidisciplinaire satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 5.1 ci-dessus).

**5.3** D'un point de vue matériel, les conclusions retenues sur le plan somatique (rhumatologique) par l'expert s'avèrent logiques et bien étayées. Celui-ci a expliqué de façon détaillée et cohérente, les raisons pour lesquelles il n'était pas en mesure d'objectiver une limitation fonctionnelle dans les membres supérieurs (dos. AI 75.1/9) ou de résultat pathologique clinique pertinent, à l'exception de l'obésité, s'agissant de la médecine interne générale (dos. AI. 75.1/11). Finalement, l'expert a souligné de manière convaincante que malgré des examens complémentaires, il n'a pas pu trouver d'indices d'une affection systémique inflammatoire, d'un syndrome d'irritation ou de déficit radiculaire ou d'une manifestation paranéoplasique. Ainsi, après avoir procédé à des examens cliniques complets, c'est de façon cohérente que l'expert est arrivé à la conclusion qu'aucun autre diagnostic que celui déjà retenu (syndrome chronique lombospondylogène), ne pouvait être posé et ce, malgré les différentes plaintes de l'assuré. Quant au volet psychiatrique, l'expert s'est distancié de manière convaincante du diagnostic de dépression sévère qui avait pourtant été mis en avant par des tests psychologiques ainsi que du syndrome de dépression moyen diagnostiqué par le psychologue traitant dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014. Il a en effet expliqué que les résultats desdits tests s'écartaient notablement des examens cliniques effectués dans la mesure où ceux-ci avaient démontré des limitations cognitives

cliniquement peu prononcées qui, selon l'expert, plaident contre la présence d'une dépression modérée ou sévère chez l'assuré. Par ailleurs, l'expert a clairement exposé les raisons pour lesquelles il ne rejoignait pas l'évaluation de la capacité de travail émise par le psychiatre traitant (100% d'incapacité de travail), ni la conclusion de ce dernier selon laquelle l'assuré présenterait une personnalité antisociale. En effet, l'expert a souligné que le recourant s'était occupé de sa femme malade d'un cancer, puis après le décès de cette dernière, de leurs trois enfants. Pour le spécialiste, il n'est pas concevable qu'une personnalité antisociale adopte un tel comportement. Les explications de l'expert sur ce point convainquent tant par leur motivation que dans leurs conclusions.

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert psychiatre a analysé minutieusement les éléments de pronostic favorables (présence d'un sentiment d'auto-efficacité et d'espoir, soutien familial et relation sentimentale engagée, formation sanctionnée par un diplôme et expérience professionnelle, indépendance dans les déplacements en voiture et dans la gestion des affaires financières) ainsi que les éléments de pronostic défavorables (comportement orienté vers la recherche d'indemnisation, abus de tabac, refus de prise de médicaments prescrits) avant de conclure à l'existence d'un pronostic favorable d'amélioration de la capacité de travail (dos. AI 74.1/26). La réduction de la capacité de travail de 20% admise résulte de l'analyse détaillée et méticuleuse des limitations fonctionnelles psychiques, soit de leur nature et de leur ampleur.

**5.4** Quant aux appréciations médicales des médecins traitants du recourant, elles ne sont pas suffisantes pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire de janvier 2017.

**5.4.1** Sur le plan psychiatrique, on relèvera, comme cela ressort de ce qui précède (c. 5.3 voir ci-dessus), que l'expert psychiatre a minutieusement expliqué les raisons pour lesquelles un troubles dépressif sévère ou moyen ne pouvait être retenu, contredisant ainsi le psychologue traitant de l'assuré sur ce point (voir rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014; dos. AI 24/2). Dans ces conditions, les conclusions médicales divergentes du psychiatre traitant du recourant figurant dans son avis médical du 1<sup>er</sup> avril 2014 (en particulier quant à l'existence d'un épisode dépressif moyen et la présence d'une

incapacité de travail de 100%) ne sauraient emporter la conviction du TA. Force est de constater que les psychiatres traitants, dans leurs rapports médicaux des 1<sup>er</sup> avril 2014 et 3 mars 2015 ne mentionnent aucun élément qui n'aurait pas été examiné par l'expert psychiatre. Ce dernier a ainsi tenu compte de toutes les plaintes subjectives mentionnées par les psychiatres traitants et a procédé à une évaluation fonctionnelle structurée convaincante (restriction de nature psychiatrique d'au plus 20%). En ce sens, l'évaluation de la capacité de travail (incapacité de travail de 100%) telle que retenue par les psychiatres traitants n'est pas défendable.

**5.4.2** D'un point de vue somatique, les diagnostics posés par l'expert rhumatologue (conjointement avec l'expert psychiatre) dans l'expertise de janvier 2017 (lombalgies chroniques), rejoignent pour l'essentiel ceux retenus par les médecins traitants et le spécialiste en médecine interne et en rhumatologie consultés par l'intéressé (voir notamment dos. AI 15/2, 18/2, 39/3). Quant à l'évaluation de la capacité de travail, le premier médecin généraliste s'est limité à constater une incapacité de travail totale, sans chercher à mettre en évidence des activités encore exigibles (dos. AI 18/4) alors que le second médecin généraliste, de son côté, a jugé que l'assuré n'était pas en mesure d'assumer tous types d'activités (dos. AI 37/6). Ces deux avis médicaux sont contredits, tant par l'expert psychiatre, que par le spécialiste du dos en charge de la seconde opération qui a, quant à lui, jugé dans son rapport du 17 février 2014, qu'une reprise de l'activité était possible à un taux réduit (dos. AI 15/4). En l'occurrence, rien au dossier ne permet de supposer que les divergences d'appréciation entre l'expert rhumatologue et les médecins généralistes traitants s'expliquent autrement que par la relation de confiance développée par ces derniers avec leur patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3) et la prise en compte bienveillante des plaintes subjectives dans l'évaluation, sans chercher à les expliquer par un substrat objectif. Par ailleurs, en retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, comprenant une activité légèrement à moyennement astreignante, exercée dans un environnement tempéré et permettant de varier les positions (assis, debout et marche), l'expert rhumatologue a rejoint le spécialiste en médecine interne et rhumatologie ainsi que le spécialiste en médecine interne du SMR, dont les avis

mettaient tous les deux en avant une limitation fonctionnelle s'agissant des positions statiques assise et debout ainsi que pour la marche (dos. AI 46/1 et 63/4). Finalement, s'agissant du rapport du SMR du 13 janvier 2016, il ne saurait être de nature à remettre en cause l'expertise (postérieure) de janvier 2017. En effet, le spécialiste du SMR s'était alors contenté de reprendre les appréciations d'incapacité totale de travail des médecins et spécialistes traitants, sans examen personnel du recourant et sans analyser d'avantage un éventuel profil d'activité exigible (dos. AI 63/4). Un tel rapport, lacunaire et sommaire, ne permet pas de contredire les conclusions des experts, qui ont également pris en compte les appréciations des médecins traitants et les ont confrontées à leurs propres observations.

**5.4.3** En l'espèce, les médecins traitants n'ont pas véritablement fait valoir d'éléments qui n'auraient pas été pris en considération par les experts. Il en résulte que leurs évaluations, en grande partie fondées sur le ressenti subjectif de leur patient, ne sauraient l'emporter sur celles des experts. Par conséquent et au vu de tout ce qui précède, l'évaluation des médecins et psychiatres traitants et du SMR, d'après laquelle le recourant serait incapable de travailler à 100% dans toute activité professionnelle, peut être exclue à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve déterminant en droit des assurances sociales, voir ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6), face aux conclusions bidisciplinaires des experts rhumatologue et psychiatre, qui sont logiques, compréhensives et convaincantes.

**5.5** Au vu du développement ci-avant, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise bidisciplinaire de janvier 2017, dont les conclusions, au vu de la période couverte par l'objet de la contestation (arrêtée au jour où la décision contestée a été rendue [20 avril 2018], soit plus d'une année après la réalisation de l'expertise susmentionnée), conservent toute leur actualité. En effet, le recourant n'a apporté aucun élément laissant soupçonner une quelconque évolution dans sa santé psychique ou mentale; le certificat médical daté du 16 mai 2018 de son (nouveau) médecin traitant se limitant à retenir une incapacité totale de travail depuis le 8 avril 2013 et pour une durée indéterminée (voir PJ 2 recours du 11 mai

2018). Par ailleurs, l'assuré n'a nullement mentionné, par le biais de son recours, d'éventuels éléments médicaux qui n'auraient pas été examinés par les deux experts. Dans ces conditions, l'intimé n'a pas violé son devoir d'instruction. En effet, la situation médicale du recourant a été investiguée en suffisance, d'où il en résulte qu'il est superflu d'organiser une nouvelle expertise, voire de consulter à nouveau les psychiatres ou médecins traitants.

## **6.**

**6.1** S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert psychiatre a retenu d'un point de vue psychiatrique mais en accord avec l'expert rhumatologue, une incapacité de travail de 20%, dans une activité adaptée, dès février 2014. Dans leur appréciation interdisciplinaire, les experts se sont accordés pour admettre une capacité de travail entière avec prise en compte d'une diminution de rendement d'ordre psychiatrique de 20% au plus. Toutefois, l'Office AI Berne, dans la décision litigieuse, s'est écarté de cette dernière appréciation médico-théorique pour nier, sur le plan juridique, le caractère invalidant de cette réduction de 20%. Il convient par conséquent de déterminer si l'Office AI Berne s'est à raison distancié des conclusions de l'expertise bidisciplinaire.

## **6.2**

**6.2.1** Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu d'admettre en vertu d'une approche objective que la personne assurée est en principe valide (ATF 141 V 281 c. 3.7.2). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**6.2.2** Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6).

**6.2.3** Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5).

**6.3** A titre liminaire, il faut relever que l'expertise bidisciplinaire de janvier 2017 a été réalisée après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant les arrêts du TF étendant ce mode d'évaluation aux atteintes psychiques dont les troubles dépressifs (ATF 143 V 418 c. 6 s. et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017). Pour autant, dans le cas présent et ainsi que cela découle de ce qui précède et de ce qui suit, l'expertise bidisciplinaire s'avère suffisante, également à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF, pour évaluer la situation (psychosomatique et/ou psychique) du recourant.

**6.4** Même si l'expert psychiatre a pu observer chez l'assuré des signes d'exagération ainsi qu'une certaine autolimitation (dos. AI 74.1/22), il n'a pas retenu de motif d'exclusion (premier niveau) et partant, d'argument en

faveur d'une simulation ou d'une majoration systématique des symptômes (dos. AI 74.1/23). Le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte a notamment été évalué en tenant compte de l'absence d'un diagnostic de dépression sévère (dos. AI 74.1/22) ainsi que de la résistance du recourant face à la médication prescrite par le psychiatre traitant (mauvaise compliance; dos. AI 74.1/22). Par ailleurs, l'expert a pris en considération les ressources de l'intéressé (présence d'un sentiment d'auto-efficacité et d'espoir, soutien familial et relation sentimentale engagée, formation sanctionnée par un diplôme et expérience professionnelle, indépendance dans les déplacements en voiture et dans la gestion des affaires financières; dos. AI 74.1/25). Fort de ces indicateurs positifs, l'expert a remis en cause la cohérence entre les résultats objectivables d'un point de vue psychiatrique et le comportement du recourant dans la vie quotidienne. De l'avis du spécialiste, la divergence entre ces deux aspects tend à relativiser les plaintes du recourant et les limitations fonctionnelles qui en résultent, par exemple dans la vie quotidienne (dos. AI 74.1/25). L'expert a par ailleurs relevé une autre incohérence dans le fait que l'assuré ne suive pas la médication prescrite par le psychiatre traitant, alors que simultanément, il prétend souffrir d'une symptomatologie dépressive très prononcée. Pour le spécialiste, une telle incohérence indique que la détresse psychologique de l'intéressé par rapport aux symptômes dépressifs de celui-ci n'est pas suffisamment importante pour inciter le patient à prendre les médicaments prescrits (dos. AI 74.1/22).

**6.5** Dès lors, au vu de l'examen méticuleux et détaillé des indicateurs par l'expert psychiatre, les conclusions de celui-ci, qui considère que les atteintes énumérées engendrent une légère diminution de rendement (20%), apparaissent comme étant convaincantes et fondées. Toutefois, l'analyse des indicateurs par l'Office AI Berne (retenant une capacité de travail entière sans diminution de rendement) ne paraît pas insoutenable. En effet, il est vrai qu'au vu des nombreuses ressources du recourant, des importantes divergences entre l'examen clinique et les plaintes ou propos exprimés par l'assuré (indicateur "cohérence"; ATF 141 V 281 c. 4.4), ainsi que de la mauvaise compliance médicamenteuse, une interprétation plus rigoureuse des indicateurs est défendable. Cette question peut cependant

demeurer ouverte au vu des considérants qui suivent (voir c. 7.5 ci-dessous).

## **7.**

Il convient ensuite de s'intéresser aux conséquences juridiques de ce qui précède sur le calcul de l'invalidité.

### **7.1**

**7.1.1** 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 LPGA). 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).

**7.1.2** Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1).

**7.1.3** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut

se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2).

**7.2** La détermination de l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus dépend d'abord de l'échéance du délai d'attente d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40% (art. 28 al. 1 LAI) qui, en l'espèce, est arrivé à terme le 8 avril 2014. Elle dépend ensuite du moment à partir duquel un droit à une rente AI pourrait être reconnu à l'assuré en fonction du délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir ses droits (art. 29 al. 1 LAI). Le formulaire de demande a été daté du 21 janvier 2014 (dos. AI 2/9) et remis à la poste le même jour (dos. AI 2/10). Il découle de ces circonstances que l'année de référence pour la comparaison des revenus est bien 2014, comme l'a retenu à juste titre l'intimé.

**7.3** En l'espèce, pour le revenu de valide s'agissant de la période ici en cause (2014), l'intimé s'est fondé à raison sur les indications fournies par le dernier employeur du recourant relatives au salaire que toucherait l'assuré sans atteinte à la santé en tant que responsable d'atelier débimétrie à un taux de 100% en 2014 (Fr. 79'300.- [6'100 x 13]; voir c. 7.1.2 ci-dessus).

**7.4** Pour le revenu d'invalidé (calculé pour la même année de référence, soit 2014), dès lors que le recourant n'exerçait pas d'activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 7.5 ci-dessous) pendant la période litigieuse, l'intimé s'est à juste titre basé sur les chiffres de l'ESS (voir c. 7.1.3 ci-dessus). Selon ceux-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'660.- (ESS 2014, Tableau TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe, Secteur privé, Total, Niveau de compétences 2, Hommes) ou Fr. 67'920.- 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. 70'806.60. S'agissant de la prise en compte du niveau de compétence 2 (tâches pratiques telles que

la vente/ les soins/ le traitement de données et les tâches administratives/ l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/ les services de sécurité/ la conduite de véhicules), elle se justifie eu égard au niveau de formation certifiée du recourant (certificat fédéral de capacité [CFC] d'électricien), de la longue expérience professionnelle de ce dernier (voir dos. AI 12/4) et de l'absence de difficultés d'intégration ressortant du dossier de la cause. Sur ce salaire de Fr. 70.806.60, selon l'évaluation des experts (mais pas selon celle de l'AI), il conviendrait d'enlever une perte de rendement de 20%, ce qui aboutit à un montant de Fr. 56'645.30.

En tenant compte d'un abattement de 5%, tel que l'a aussi admis l'intimé, au titre de désavantage salarial (dû à l'âge et au profil d'exigibilité impliquant certaines restrictions et au changement d'emploi; ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3), le revenu d'invalide se monte à Fr. 67'266.25 en fonction de l'appréciation de l'intimé (95% x Fr. 70'806.60) et à Fr. 53'813.- en se fondant sur l'évaluation des experts (95% x Fr. 56'645.30; voir c. 6.4 et 6.5 ci-dessus).

**7.5** Après comparaison du revenu de valide (de Fr. 79'300.-) au revenu d'invalide (de Fr. 67'266.25), il en résulte un taux d'invalidité de 15% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En prenant en considération le revenu d'invalide de Fr. 53'813.-, le taux d'invalidité qui en découlerait s'élèverait à 32%, également insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Ainsi, c'est à bon droit que l'intimé a refusé une rente d'invalidité au recourant et l'on peut laisser ouvertes tant la question de la prise en compte de la perte de rendement médico-théorique que celle de la justification d'un abattement de 5% supplémentaire si on admet déjà la perte de rendement.

## **8.**

S'agissant du grief du recourant quant à la prétendue longue attente subie entre le début de l'incapacité de travail et la notification de la préorientation, il ne résiste pas à l'examen. En effet, un grief de retard à statuer (déni de justice; art. 56 al. 2 LPG) formulé après la décision serait de toute façon tardif (ATF 125 V 373 c. 1) et quoi qu'il en soit mal fondé car, pendant la

durée de la procédure, l'Office AI Berne n'a pas tardé. Il a procédé avec diligence à diverses mesures d'instruction, requérant notamment la mise en place d'une expertise bidisciplinaire. Dès l'obtention de celle-ci, l'intimé a rendu son préavis (environ un mois entre l'établissement de l'expertise bidisciplinaire et la préorientation). Dans la mesure où le recourant prétend à une indemnisation, à défaut de droit à une rente (qui aurait pu naître en juillet 2014; voir c. 7.2 ci-dessus), il n'appartient pas à l'AI de prendre en charge le manque à gagner dû à un comportement passif. Dans l'intervalle, il revenait au recourant de rechercher un emploi, le cas échéant à temps partiel, compatible avec ses atteintes à la santé. Dans ce contexte, on mentionnera qu'une situation financière précaire, aussi pénible et regrettable soit-elle pour la personne assurée, ne constitue pas un critère susceptible d'intervenir dans l'évaluation du degré d'invalidité.

## **9.**

**9.1** Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

**9.2** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**9.3** Le recourant a toutefois requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

**9.3.1** Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 111 al. 1 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

**9.3.2** Au vu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est manifestement remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance des services sociaux (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). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, qui sont provisoirement supportés par le canton.

**9.3.3** Le recourant doit toutefois 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. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
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. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
  - à B.\_\_\_\_\_.

La présidente:

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).