

**200.2018.782.AI**  
N° AVS  
DEJ/REN

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

**Jugement du 20 mars 2020**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
R. Fuhrer et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier

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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 27 septembre 2018



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1958 et désormais titulaire de la nationalité suisse, marié et père de quatre enfants majeurs (nés entre 1984 et 1996), est entré en Suisse en 1986. En possession d'une formation d'électricien acquise dans son pays d'origine, il travaillait en tant que manœuvre lorsqu'il s'est blessé en tirant des câbles sur une grue le 17 août 2000. Souffrant de douleurs lombaires après cet événement, il s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) le 15 mai 2001. En possession notamment d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et neurologie), l'Office AI Berne lui a octroyé le 17 mai 2002 un quart de rente d'invalidité (degré d'invalidité de 47%) à compter du 1<sup>er</sup> août 2001. Par décision sur opposition du 10 juillet 2002, la Suva a octroyé au prénommé une rente d'invalidité de 39% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

**B.**

Par décisions des 10 mars 2006 et 6 avril 2009, l'Office AI Berne a confirmé le droit du recourant à un quart de rente d'invalidité, dès lors qu'il n'existait pas de motifs de révision. En novembre 2012, l'Office AI Berne a initié une nouvelle révision de rente et le prénommé a complété un questionnaire en faisant valoir que sa situation médicale s'était aggravée. Par la suite, l'Office AI Berne a, après avoir requis un rapport d'enquête sur le ménage et nié le 22 mai 2013 l'octroi d'une allocation d'impotence requise par l'intéressé, pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a préconisé la tenue d'une expertise pluridisciplinaire (appareil locomoteur, psychiatrie et cardiologie), laquelle a eu lieu entre les mois de janvier et mars 2016 auprès d'un Centre d'observations médicales de l'AI (COMAI; en l'occurrence COMAI C. \_\_\_\_\_). Par la suite, des mesures de réinsertion professionnelle ont été organisées, puis abandonnées. L'Office AI Berne a ensuite réceptionné divers rapports médicaux des médecins traitants du recourant, faisant

notamment état de la survenance d'un infarctus courant 2016, et a pris conseil à plusieurs reprises auprès de son SMR.

**C.**

Par préavis du 4 avril 2018, l'Office AI Berne a communiqué au prénommé qu'il projetait de supprimer sa rente d'invalidité à la fin du mois suivant sa décision. Suite aux objections formulées par l'assuré, désormais représenté en procédure, et les moyens de preuve présentés, l'Office AI Berne a consulté à nouveau son SMR, puis a confirmé la teneur de son préavis par décision du 26 septembre 2018.

**D.**

Par acte du 23 octobre 2018, l'assuré, toujours représenté en procédure, a contesté la décision du 26 septembre 2018 devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, il a conclu à l'annulation de celle-ci et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou, subsidiairement, au maintien de son quart de rente d'invalidité, ou, plus subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le 21 décembre 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du secours, les frais de procédure étant mis à la charge du recourant et aucune participation à ses dépens ne lui étant accordée. Le recourant a répliqué le 2 janvier 2019 et l'Office AI Berne a dupliqué le 29 janvier 2019, tous deux maintenant leurs conclusions. Le 20 mars 2019, le recourant a présenté la note d'honoraires de son mandataire.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 26 septembre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant sa notification, prononce la suppression du quart de rente versé au recourant depuis le 1<sup>er</sup> août 2001. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou, subsidiairement, d'un quart de rente d'invalidité ainsi que, plus subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont principalement contestés l'amélioration de la situation de santé du recourant, de même que la mise en valeur économique de la capacité de travail résiduelle et l'abattement à appliquer sur le revenu d'invalidité.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

## **2.**

**2.1** L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al.1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, LAI, RS 831.20). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

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.

**2.2** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement, une amélioration de l'état de santé propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente. Selon la jurisprudence constante, l'appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3 et 5.2; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une

appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4).

**2.3** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

**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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

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.**

L'Office AI Berne considère que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré significativement, si bien qu'il n'existe plus de perte de gain incapacitante au sens de la loi. Pour ce faire, il s'appuie sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée début 2016, laquelle, à l'inverse de la situation médicale prévalant en 2001, ne retient plus aucune atteinte psychiatrique, et sur les différents rapports établis postérieurement par son SMR, lesquels mentionnent que la situation médicale du recourant n'a pas évolué depuis dite expertise, ou encore que l'évolution médicale n'a pas de conséquence sur une éventuelle incapacité de travail. Le calcul de l'invalidité effectué, même en prenant en compte une diminution de rendement de 20% et en procédant à un abattement de 15% en raison des atteintes à la santé du recourant, se monte à 30%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le recourant conteste quant à lui toute amélioration significative de son état de santé, qui se serait même aggravé depuis 2001. Par ailleurs, il fait valoir qu'il est inexigible de sa part de retrouver une activité lucrative, compte tenu de son âge, de son (in)expérience professionnelle et des limitations médicales constatées.

### **4.**

**4.1** La dernière décision AI entrée en force reposant sur un examen matériel complet du droit a été rendue le 17 mai 2002. A cette date, l'intimé

a octroyé un quart de rente d'invalidité au recourant depuis le 1<sup>er</sup> août 2001.

**4.1.1** La décision susmentionnée a retenu que le recourant pouvait travailler six heures par jour dans une activité adaptée avec un rendement diminué de 20%, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 47%. Pour arriver à ce résultat, l'Office AI Berne s'était principalement reposé sur l'expertise bidisciplinaire (psychiatrie et neurochirurgie) réalisée à fin 2001. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre avait diagnostiqué une dépression réactive de courte durée et un trouble de l'adaptation (ch. F43.20 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]) et avait considéré que le recourant ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité et qu'il existait une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée. Sur le plan somatique, l'experte en neurochirurgie avait diagnostiqué un syndrome douloureux lombaire et avait considéré que le recourant ne pouvait plus travailler qu'à hauteur de 50% dans son ancienne activité, ou à 100% dans une activité adaptée, mais avec une diminution de rendement de l'ordre de 20%. Dans leur prise de position commune, les experts avaient retenu une incapacité de travail totale de l'ordre de 40% dans une activité adaptée, ce qui avait conduit l'Office AI Berne au calcul susmentionné.

**4.1.2** Les révisions de rente de 2006 et 2009 n'ont pas débouché sur un nouvel examen matériel de la situation médicale du recourant. Dans ces circonstances, il s'agit de comparer l'évolution de la situation du recourant entre la décision susmentionnée du 17 mai 2002 et la date de la décision attaquée, soit le 26 septembre 2018.

**4.2** A la date de la décision contestée du 26 septembre 2018, les éléments suivants ressortent du dossier.

**4.2.1** A réception du formulaire de révision de rente en novembre 2012 et au vu de la mention de l'aggravation de la situation du recourant, l'Office AI Berne, après avoir consulté son SMR, a ordonné une expertise pluridisciplinaire (appareil locomoteur, psychiatrie et cardiologie).

**4.2.1.1** L'expert en psychiatrie a examiné le recourant le 2 février 2016. Au terme de son entretien, il n'a mis en évidence aucun diagnostic relevant de son domaine de spécialité.

**4.2.1.2** L'expert en neurologie a examiné le recourant le 4 février 2016 et a diagnostiqué des lombosciatalgies L5 droites non déficitaires dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 foraminale droite. Il a également diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral, toutefois sans que cette atteinte n'ait de répercussions sur la capacité de travail.

**4.2.1.3** Les experts en cardiologie ont vu le recourant le 4 février 2016 et mis en évidence un status après un infarctus du myocarde en 2009 sur lésion de la coronaire droite distale traité par PTCA et mise en place d'un stent actif. Il est également rapporté un tabagisme actif, de l'hypertension artérielle, un diabète de type II non insulino-requérant et de l'hypercholestérolémie.

**4.2.1.4** L'expert en rhumatologie, après sa consultation du 10 février 2016, a diagnostiqué des dorsolombalgies chroniques non spécifiques avec des discopathies L4-L5 et L5-S1.

**4.2.1.5** Dans leur consilium du 22 mars 2016, les experts ont retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de dorsolombalgies chroniques non spécifiques avec des discopathies L4-L5 et L5-S1 et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (CIM-10 M75.1), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, un status après un infarctus du myocarde en 2009 sur lésion de la coronaire droite distale traité par PTCA et mise en place d'un stent actif, une discrète dilatation de la racine aortique (38mm), un syndrome du tunnel carpien bilatéral léger et un diabète de type II traité par antidiabétiques oraux. En substance, concernant la capacité de travail du recourant, les experts ont confirmé la teneur de l'expertise somatique réalisée en 2001, à savoir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec toutefois un rendement réduit de 20% en raison des douleurs chroniques et de la nécessité de changer de positions. Par contre, ils ont considéré que la situation du recourant avait évolué depuis 2001 en ce sens qu'il n'existe plus d'atteinte psychique.

**4.2.2** Le 16 août 2016, un centre hospitalier a adressé un rapport médical à l'Office AI Berne. Les diagnostics rapportés sont une cardiopathie coronaire avec pose d'un stent survenue en 2009, un infarctus postérieur survenu le 17 avril 2016, un diabète mellitus de type II et des lombalgies chroniques.

**4.2.3** Le 16 septembre 2016, la généraliste traitant du recourant a adressé un rapport médical à l'Office AI Berne et a joint à son envoi plusieurs rapports médicaux. A titre de diagnostics, elle a indiqué une maladie coronarienne avec un infarctus du myocarde en 2009 et un infarctus postérieur en 2016, une dégénérescence de la colonne vertébrale au niveau cervical et lombaire, de l'arthrose et de l'impingement de l'épaule gauche et de l'arthrose avec une rupture du tendon sus-épineux droite. Elle atteste une incapacité complète de travail.

**4.2.4** Le 3 février 2017, le SMR, par une spécialiste en médecine interne, a adressé un rapport à l'Office AI Berne. Celle-ci a recensé les diagnostics de lombalgies depuis 2000, des cervicalgies présentes également depuis 2000 actuellement de nouveau présentes avec une lésion dégénérative de la colonne cervicale surtout au niveau de C5/C6, un infarctus cardiaque inférieur en 2009 avec une bonne récupération après la pose d'un stent de l'artère et la récanalisation malgré une légère hypokinésie à l'endroit de l'infarctus, un infarctus postérieur en 2016 avec une bonne récupération et, finalement, des problèmes dégénératifs des deux épaules, à droite avec une déchirure du tendon sus-épineux et rupture partielle du tendon sous-épineux, impingement, bursite sous-acromiale et de l'arthrose débutante. Sans répercussions sur la capacité de travail, la médecin a recensé les diagnostics de diabète sucré actuellement sous insuline, de l'obésité, un status de fumeur malgré une maladie coronarienne, un syndrome métabolique et de l'immobilité choisie au lieu de mouvement et vie active. Quant à l'exigibilité, elle a estimé que le profil devait être adapté en ce sens que le recourant n'était plus en mesure de travailler au-dessus des épaules en raison de l'atteinte à l'épaule droite. La médecin a également retenu une aggravation passagère de l'état de santé d'une durée d'un mois tout au plus pour l'infarctus de 2016, ainsi qu'une aggravation de l'état de santé d'une durée de six mois environ en raison de l'inflammation de l'épaule

droite, tout en précisant que cette atteinte avait pour conséquence une incapacité de travailler au-dessus des épaules.

**4.2.5** Le 6 février 2018, un second médecin du SMR, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a nouvellement pris position sur la situation médicale du recourant, après que son dossier eut été transféré au service de réadaptation de l'Office AI Berne sur la base du rapport précédent du SMR. Cette appréciation médicale porte notamment sur de nouveaux rapports médicaux au dossier, soit celui d'un spécialiste en orthopédie daté du 16 septembre 2016 et faisant état d'une épaule gelée et celui d'un orthopédiste du dos consulté à plusieurs reprises et faisant état d'une épaule gelée et des infiltrations réalisées qui ont fait décompenser le diabète. A titre de diagnostics complétant l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2016, le médecin du SMR a retenu une épaule gelée à droite (ou bilatérale), un nouvel infarctus du myocarde en avril 2016 mais sans altération secondaire de la fonction cardiaque, des troubles dégénératifs cervicaux et une spondylarthrose lombaire avec sténose canalaire secondaire sans symptomatologie de canal lombaire étroit (pas de claudication neurogène) et sans déficit neurologique et sans Lasègue. Sur la base de son examen du dossier, il a considéré que la capacité de travail retenue dans l'expertise pluridisciplinaire de 2016 pouvait être confirmée, à savoir 100% dans une activité adaptée avec toutefois une diminution de rendement de l'ordre de 20%.

**4.2.6** A l'appui de ses observations formulées contre le préavis de l'Office AI Berne du 5 avril 2018 projetant de lui supprimer toute rente d'invalidité, le recourant a présenté un rapport médical de sa généraliste traitante reprenant l'ensemble des diagnostics déjà établis et faisant nouvellement état d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'un syndrome du canal carpien bilatéral. Le même médecin du SMR spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie a alors une nouvelle fois pris position le 3 septembre 2018 en considérant que ces nouveaux diagnostics se révélaient sans influence sur la capacité de travail du recourant.

**4.2.7** Dans le cadre de son recours du 23 octobre 2018 auprès du TA contre la décision du 26 septembre 2018, le recourant a présenté deux

rapports médicaux datés des 6 juillet 2018 et provenant d'un orthopédiste du dos et du 15 juin 2018 provenant d'un spécialiste en radiologie. Le même médecin du SMR a pris position spécifiquement sur ces nouveaux rapports le 5 décembre 2018, en concluant qu'ils ne révélaient aucune nouvelle atteinte à la santé qui s'accompagnerait de limitations fonctionnelles objectives susceptibles de devenir le fondement d'une incapacité de travail significative de longue durée.

## **5.**

**5.1** Il incombe au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient, de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

**5.2** 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).

**5.3** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance est tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de la position contractuelle de ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135

V 465 c. 4.4-4.6). Dans l'examen de la force probante, il est avant tout important que le rapport du SMR soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (voir ci-après; TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3; 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**5.4** Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assuré, l'expertise pluridisciplinaire de 2016 comporte une anamnèse précise sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Elle prend en compte les plaintes du recourant et les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier y sont largement retranscrits (voir les pages 2-5, dont notamment les rapports de la maladie cardiaque), démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Ses conclusions sont étayées. En l'espèce, sur le plan formel, cette expertise apparaît ainsi conforme aux exigences légales et jurisprudentielles, ce qui n'est du reste pas véritablement contesté par le recourant. Sur le plan matériel, le recourant conteste toute amélioration de son état de santé, toutefois sans véritablement préciser en quoi cette expertise pluridisciplinaire serait erronée.

**5.4.1** L'expert en neurologie a considéré, au terme de son examen et de l'ensemble des éléments à sa disposition, qu'il existe tout au plus des troubles dégénératifs peu sévères du rachis cervical et du rachis lombaire, tout en précisant que ces anomalies objectives sont sans corrélation possible avec l'importance du tableau subjectif caractérisé par un syndrome douloureux très étendu. Il a expliqué également que le principal élément objectif se caractérise par une hernie discale L4-L5, qui le conduit à considérer que le recourant n'est pas apte à porter de lourdes charges, mais que la capacité de travail dans une activité adaptée est entière. A noter encore que l'expert a pu rapporter que le recourant mentionne des douleurs cotées très haut sur une échelle subjective des douleurs, mais dont la description peut être qualifiée de floue. Concernant le syndrome du tunnel carpien bilatéral, l'expert a rapporté que le recourant le considère comme étant peu gênant.

**5.4.2** L'expert en rhumatologie a mis en évidence l'existence d'une discopathie L4-L5 avec débord latéral droit, toutefois sans évolution sur les

diverses IRM réalisées de 2000 à 2014, ainsi que des troubles dégénératifs cervicaux sous la forme de spondylarthrose prédominant en C5-C6, compatible avec une évolution naturelle. Il a exposé que le recourant présente des dorsolombalgies chroniques, non-spécifiques, avec un trouble dégénératif non spécifique de la colonne lombaire, survenues suite à une glissade sur son lieu de travail, sans chute à proprement parler, avec notion de craquements lombaires lors de cette glissade. Il a également précisé que l'évolution depuis 2000 n'était pas véritablement significative, à l'exception d'une intensification subjective des douleurs, puis indiqué que l'activité exigible devrait éviter les mouvements du bras au-dessus de l'épaule compte tenu de la notion de tendinopathie de la coiffe des rotateurs non-évidente cliniquement lors de l'examen, mais rapportée par le rhumatologue traitant. En dehors de cet aspect, la capacité de travail médico-théorique sur le plan rhumatologique est complète.

**5.4.3** Sur le plan cardiaque, les experts ont soigneusement examiné les conséquences de l'infarctus du myocarde survenu en 2009, puis considéré qu'il n'existait aucune restriction de la capacité de travail du point de vue cardiologique.

**5.4.4** Sur le plan psychiatrique, l'expert en psychiatrie n'a pu mettre en évidence aucune affection psychiatrique, si bien qu'il n'existe aucune limitation fonctionnelle de la capacité de travail.

**5.4.5** Sur le vu de ce qui précède, les experts sont arrivés à la conclusion qu'en comparaison avec la situation prévalant en 2001, le recourant éprouve subjectivement davantage de douleurs, difficiles à objectiver. Ils ont également souligné la survenance d'un infarctus du myocarde toutefois sans séquelles, la découverte d'un diabète de type II et une tendinite de l'épaule gauche existant depuis 2013. Ils ont en outre relevé qu'il n'existe plus de troubles dépressifs. Ces conclusions apparaissent bien documentées et convaincantes, si bien qu'elles peuvent ici être suivies. Il existe ainsi une modification significative de la situation médicale du recourant, dès lors que l'atteinte psychique attestée en 2001 et, en tout cas en partie, à la base de l'incapacité de travail ayant ouvert le droit à un quart de rente d'invalidité n'existe plus. Selon les experts, la capacité de travail est ainsi complète dans une activité adaptée (nécessité d'alterner les

positions après un maximum de 20 minutes d'affilée et absence de travaux nécessitant l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale, ou encore absence de port de charge de plus de 10 kg), avec toutefois une diminution de rendement de l'ordre de 20%.

**5.5** Il convient ensuite d'examiner également l'évolution de la situation médicale du recourant postérieurement à l'expertise pluridisciplinaire, étant également précisé que les différents rapports médicaux postérieurs à cette expertise pluridisciplinaire ne la remettent pas directement en question en tant que telle, mais rapportent la survenance de nouvelles atteintes médicales. L'analyse portera principalement sur les prises de position successives du SMR, sur lesquelles l'Office AI Berne s'est fondé pour considérer que la situation médicale n'avait pas évolué jusqu'à la date de la décision attaquée.

**5.5.1** Une spécialiste du SMR en médecine interne générale a ainsi rédigé un nouveau rapport médical le 3 février 2017, prenant position principalement sur deux nouveaux éléments, à savoir la survenance d'un nouvel infarctus en avril 2016 et une nouvelle atteinte à l'épaule droite. En substance, la médecin a ainsi considéré que la récupération après l'accident cardiaque était bonne et sans séquelles, si bien qu'il n'a en fait existé une détérioration de l'état de santé qu'au maximum un mois, soit le temps de la réhabilitation. Concernant les nouvelles atteintes à l'épaule droite du recourant, dont notamment la rupture totale du tendon sus-épineux, la médecin a considéré qu'elles avaient pour conséquence l'impossibilité d'exiger des travaux à un niveau plus haut que l'épaule, ce qui était déjà le cas en raison de l'atteinte presque identique à l'épaule gauche; en conséquence, elle a estimé que l'augmentation de restriction engendrait un changement léger de l'exigibilité pendant environ six mois, soit la durée habituelle d'une telle inflammation de l'épaule.

**5.5.2** Un autre médecin du SMR, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie a une nouvelle fois pris position en février 2018. Il n'a nullement minimisé les atteintes à la santé et soigneusement répertorié les nouvelles atteintes existant depuis la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2016. Ainsi, il a recensé, comme nouvelles atteintes, une épaule gelée à droite ou bilatérale et a indiqué que le

pronostic est en général favorable après une période qui nécessitera des adaptations au niveau de l'exigibilité, un nouvel infarctus du myocarde, mais sans altération secondaire de la fonction cardiaque qui pourrait justifier une incapacité de travail de longue durée, des troubles dégénératifs lombaires et cervicaux sous la forme d'une spondylarthrose lombaire avec sténose canalaire secondaire sans symptomatologie de canal lombaire étroit (pas de claudication neurogène) et sans déficit neurologique et sans Lasègue, ainsi qu'un problème d'audition actuellement appareillé. Pour ce faire, le médecin du SMR a soigneusement consulté les rapports médicaux issus du rhumatologue traitant et de différents orthopédistes consultés pour les maux de dos. Il a également consulté les rapports des cardiologues, et pris connaissance de l'échec de la mesure d'entraînement au travail en raison des atteintes à la santé attestée par la généraliste traitante. Le même médecin s'est également prononcé sur les conséquences asséculogiques des nouvelles atteintes du recourant, en exposant qu'il existait, en raison des atteintes au niveau de la colonne cervicale et des épaules, de nouvelles limitations au niveau des membres supérieurs avec un travail qui se déroulerait au niveau des coudes et les bras tournés en rotation interne sans mouvement d'éloignement du corps de trop forte amplitude (jusqu'à 40°), le poste de travail devant idéalement se situer entre les deux mains posées sur le plan de travail, le médecin précisant également que ces limitations tomberont dès que l'atteinte aux épaules sera guérie. Il a également précisé que le travail au niveau des épaules et le port de charges lourdes loin du corps ne sont pas exigibles. Quant au profil d'exigibilité à proprement parler, il est exigible à 100% une activité légère s'exerçant en position changeante avec une limitation de rendement de 20% en raison d'un nombre de pauses augmenté pour soulager la nuque et la colonne lombaire. L'activité devrait se dérouler au niveau des coudes et les bras tournés en rotation interne, sans mouvement d'éloignement du corps de trop forte amplitude. Par ailleurs, une position fixe debout ou assise n'est pas exigible, sans travail au niveau des épaules et sans port de charge loin du corps, sans travail sur une échelle ou un échafaudage, sans activités répétées en position agenouillée ou accroupie, sans marche répétée dans les escaliers, une activité exercée de jour avec des horaires réguliers et sans travail en équipe ou de nuit en raison de l'atteinte

cardiaque et, finalement, un univers de travail pas trop bruyant (dès lors que le recourant est appareillé aux deux oreilles).

**5.5.3** Dans le cadre des observations présentées par le recourant contre le préavis de l'Office AI Berne, la généraliste traitante du recourant a présenté un rapport médical faisant état d'un nouveau diagnostic, à savoir un BPCO, de même qu'elle a indiqué une lésion (syndrome de compression) du nerf ulnaire. Le même médecin du SMR a ainsi été amené à se prononcer sur ce nouvel élément médical, ce qu'il a fait dans son rapport du 3 septembre 2018. Concernant le BPCO, il admet effectivement la possibilité d'une telle atteinte au vu du tableau clinique présenté par le recourant, dont notamment sa très longue consommation de cigarettes, tout en précisant que la généraliste traitante n'a pas exposé les éléments qui l'ont amenée à poser un tel diagnostic. Toutefois, le médecin constate que la généraliste traitante n'a décrit aucune insuffisance respiratoire, si bien qu'il en conclut que ce nouveau diagnostic n'a pas de répercussion sur la capacité de travail, à l'exception d'un environnement de travail qui ne doit pas être un endroit saturé de poussière ou d'autres fines particules, ni particulièrement sec, et la température ambiante doit être tempérée. Concernant l'atteinte au nerf ulnaire, le médecin du SMR a exposé de manière convaincante les raisons qui l'ont conduit à exclure ce diagnostic. Tout d'abord, la généraliste traitante n'apporte aucun élément objectif en faveur de ce diagnostic, ni aucun élément électro-physiologique, ni ne précise si la compression est distale ou proximale sur le nerf ulnaire. Ensuite, aucun des rapports de spécialistes consultés postérieurement à l'expertise pluridisciplinaire de 2016 ne mentionne l'existence d'une telle atteinte, ni d'ailleurs les experts. De plus, l'existence d'une telle atteinte est peu vraisemblable chez une personne inactive, qui n'exerce dès lors pas une activité physique régulière typique (par exemple une activité avec les bras maintenus en extension ou alors en appui sur les coudes). Dans ces circonstances, le diagnostic d'une atteinte au nerf ulnaire posé par un neurologue en 2010 apparaît comme étant très peu probable, étant de plus précisé que l'expertise pluridisciplinaire de 2016 n'a mis en évidence aucun déficit moteur ou sensitif objectivé au niveau des membres supérieurs.

**5.5.4** Finalement, le même médecin du SMR a été appelé à prendre position sur deux rapports médicaux produits à l'appui du recours. Le premier est issu d'un radiologue et rapporte les résultats d'une radiographie et d'une IRM réalisées le 14 juin 2018 en raison d'une augmentation des douleurs et d'une éventuelle arthrose de la hanche. Le second est issu d'un médecin spécialisé en chirurgie orthopédique et se réfère, notamment, au premier rapport. Concernant ces rapports, le médecin du SMR s'est principalement basé sur les constats objectifs rapportés par le chirurgien orthopédique, soit une légère coxarthrose débutante ne nécessitant pas de traitement, ainsi que l'absence de toute autre modification de l'état de santé du recourant. En substance, le médecin du SMR a également rapporté le fait que les constats objectifs du chirurgien orthopédique sur la base de son examen clinique ne sont pas corrélés par les éléments résultant de l'imagerie médicale.

**5.6** Sur le vu de ce qui précède, il ressort des éléments précités qu'il existe une modification de la situation médicale du recourant depuis la dernière décision matérielle rendue à son propos en 2002, dès lors qu'il n'existe plus d'atteinte psychique. Sur la base des rapports médicaux résumés ci-dessus, la situation médicale du recourant s'est améliorée à tout le moins dès l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2016, sans se dégrader de manière durable et significative depuis lors et jusqu'à la date de la décision attaquée du 27 septembre 2018.

## **6.**

Il s'agit ensuite d'examiner les conséquences juridiques de l'amélioration de l'état de santé du recourant.

**6.1** Le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré se caractérise par un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et comprend un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus

diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique. Cette notion comprend également les emplois dits de niches, à savoir des offres de poste et de travail, dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Selon la jurisprudence, il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2). D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b).

**6.2** Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (SVR 2016 IV n° 2 c. 4.4).

**6.3** Une absence d'activité lucrative pour des motifs étrangers à l'invalidité (tels qu'un âge avancé, un manque de formation ou des difficultés linguistiques) ne saurait justifier un droit à une rente. Ce dernier est en effet conditionné par l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé (ATF 107 V 17 c. 2c; VSI 1999 p. 246 c. 1). L'âge avancé, même s'il consiste en un facteur étranger à l'AI, est considéré comme un élément qui, associé à d'autres considérations personnelles et professionnelles, peut conduire à ce que la capacité de gain encore reconnue à une personne assurée ne soit réellement plus recherchée sur un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit dès lors plus exigible de cette personne, même en vertu de son obligation de se réadapter personnellement. L'incidence de l'âge sur la possibilité d'exploiter la capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré ne peut

pas être mesurée de manière générale mais dépend des circonstances concrètes. Peuvent être à cet égard déterminants, la nature de l'atteinte à la santé et ses conséquences, le temps nécessaire à la reconversion et à l'adaptation de la personne assurée dans une nouvelle activité et, dans ce contexte également, la structure de sa personnalité, ses talents et aptitudes, sa formation, son parcours professionnel ou la possibilité de mettre en pratique l'expérience professionnelle acquise dans le domaine d'origine. L'absence d'une capacité résiduelle de gain exploitable du point de vue économique conduit à une incapacité de gain totale fondant un droit à une rente entière d'invalidité. (ATF 145 V 2 c. 5.3.1, 138 V 457 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 7 c. 3.2).

**6.4** D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il y a lieu de poursuivre le versement d'une rente qui doit être diminuée ou supprimée par voie de révision ou de reconsidération, lorsque les personnes assurées concernées en ont bénéficié pendant au moins 15 ans ou ont atteint l'âge de 55 ans, en dépit d'une capacité de travailler (à nouveau) attestée médicalement, jusqu'à ce que cette faculté potentielle théorique puisse à nouveau être utilisée grâce à une aide sous forme de mesures de réadaptation médicales et/ou socioprofessionnelles, car dans chaque cas particulier, il doit être établi que la capacité de gain (retrouvée) est (à nouveau) exploitable sur un marché équilibré du travail. Une prise en compte immédiate du revenu d'invalidé (supérieur) qui se fonde sur une capacité de travail médico-théorique doit être niée lorsque des mesures de réadaptation sont indispensables du point de vue médical ou sur un plan professionnel pour la mise en œuvre d'une faculté (potentielle) fonctionnelle de travailler. D'un point de vue médical, pour arriver à la conclusion qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte (provisoirement) un revenu d'invalidé (supérieur), il faut que la faculté de travailler, a priori attestée, dépende, selon l'appréciation médicale, de la condition expresse de la réalisation des mesures en question. Sur un plan professionnel et de la capacité de gain, des exigences du marché de l'emploi peuvent, dans un cas particulier, s'opposer à l'exploitation de certaines facultés de travailler et d'une utilisation des compétences médicalement attestées, lorsqu'il ressort manifestement du dossier que l'utilisation des capacités potentielles n'est pas possible par les seuls efforts de la personne assurée sans les

mesures préalables envisagées (ATF 145 V 209 c. 5.1, 141 V 5 c. 4.1; SVR 2019 IV n° 38 c. 5.2, 2016 IV n° 27 c. 5.1, 2011 IV n° 30 c. 4.2.1 et 4.2.2, n° 73 c. 3.3).

Il faut toutefois retenir une exception à cette inexigibilité (présumée) d'une réadaptation personnelle de la personne assurée notamment lorsque l'absence prolongée de celle-ci du marché du travail est due à des facteurs étrangers à l'invalidité, lorsque la personne assurée est particulièrement agile, adroite et intégrée dans la société, ou qu'elle dispose d'une formation et d'une expérience professionnelle éminemment étendues. Il convient toujours de se fonder sur des indices concrets permettant de conclure que la personne assurée, malgré son âge avancé et/ou la longue durée de perception d'une rente avec un éloignement corrélatif du marché du travail, est en mesure de se réintégrer dans la vie active sans aide extérieure. Le fardeau de la preuve incombe à l'Office AI qui doit établir que la personne concernée est à même de mettre à profit sa capacité de travail (à nouveau) attestée sur le plan médico-théorique en se réadaptant par ses propres moyens (ATF 145 V 209 c. 5.1).

**6.5** En l'occurrence, le recourant fait valoir qu'il ne lui est pas possible d'exploiter économiquement sa capacité de travail, notamment en raison de son âge (59 ans à la date de la décision attaquée), des limitations constatées et attestées, ainsi que de son éloignement du marché du travail depuis de longues années et des maladies cardiaques constatées. Certes, il ressort des documents médicaux énumérés ci-dessus que le profil d'exigibilité est relativement restrictif, l'activité devant se dérouler au niveau des coudes et les bras tournés en rotation interne, sans mouvement d'éloignement du corps de trop forte amplitude, sans position fixe debout ou assise, sans travail au niveau des épaules et sans port de charge loin du corps, sans travail sur une échelle ou un échafaudage, sans activités répétées en position agenouillée ou accroupie, sans marche répétée dans les escaliers, une activité exercée de jour avec des horaires réguliers et sans travail en équipe ou de nuit en raison de l'atteinte cardiaque et, finalement, un univers de travail pas trop bruyant (voir ci-avant c. 5.3.2). Pour autant, il n'est pas inutile de rappeler que le recourant a présenté depuis 2001 une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 60%, qu'il n'a

jamais mise à profit. Par ailleurs, des mesures de réadaptation professionnelle ont été organisées par l'Office AI Berne dès le 24 avril 2017, mais le recourant n'y a participé que deux après-midi, puis a présenté des certificats médicaux attestant un arrêt de travail. L'Office AI Berne a sommé le recourant de poursuivre lesdites mesures de réadaptation professionnelle le 14 novembre 2017, puis, le 3 décembre 2018, y a mis un terme, motif donné qu'il n'existait pas de justifications médicales empêchant le bon déroulement ou justifiant l'interruption de ces mesures de réadaptation professionnelle. En tout état de cause, au vu de ce qui précède, l'argument proposé du recourant selon lequel il est éloigné du marché du travail depuis de longues années ne peut être suivi, dès lors qu'un tel éloignement lui est en partie imputable. Le même raisonnement peut être effectué concernant son âge, eu égard au fait que le recourant aurait pu exercer, à tout le moins à temps partiel, une activité lucrative depuis 2001, ce qu'il n'a pas fait; à ce propos également, s'il est certes compréhensible que le recourant éprouve de la difficulté à trouver une place de travail adaptée à ses limitations physiques, il y a lieu de souligner que les atteintes dégénératives de la colonne lombaire et cervicale, principales causes des limitations physiques évoquées, n'ont que peu évolué depuis 2001. Par ailleurs, le recourant ne fait pas valoir que les activités adaptées à son atteinte à la santé n'existent de manière tellement restreinte qu'elles ne puissent exister sur le marché équilibré du travail. Ainsi, il faut conclure qu'il est exigible du recourant qu'il mette à profit sa capacité résiduelle de travail.

**6.6** On précisera encore que la suppression du quart de rente d'invalidité du recourant intervient alors que celui-ci est âgé de plus de 55 ans et qu'il a bénéficié d'un quart de rente d'invalidité depuis 2001, soit plus de 15 ans. En principe, il n'y a lieu de supprimer une telle rente d'invalidité qu'en usant de précautions particulières et en proposant des mesures de réadaptation professionnelle adaptées à la situation de la personne à laquelle on demande de recommencer à exercer une activité lucrative (voir ci-avant c. 6.1.1.4). En l'espèce, l'Office AI Berne a proposé des mesures de réadaptation professionnelle au recourant, qui n'en a pas profité, si bien qu'après sommation, un terme y a été mis le 3 décembre 2018. Par ailleurs, il peut être renvoyé aux considérations qui précèdent

concernant l'absence de toute activité professionnelle exercée par le recourant alors même qu'il disposait d'une capacité de travail d'au minimum 60% depuis 2001.

**6.7** Il convient ensuite de procéder à la comparaison des revenus de valide et avec invalidité, étant précisé que le recourant fait valoir qu'il y a lieu d'appliquer un abattement supérieur à 15% sur son revenu avec invalidité.

**6.7.1** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2). Lorsque des indices concrets déterminants font défaut pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, il faut se rabattre sur des valeurs moyennes fondées sur l'expérience, comme celles qui sont prises en compte dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). L'ESS n'est toutefois déterminante qu'en corrélation avec les circonstances personnelles et professionnelles influençant la fixation du salaire de la personne assurée dans le cas concret (ATF 144 I 103 c. 5.3; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2).

**6.7.2** En l'occurrence, concernant le revenu de valide, l'Office AI Berne s'est référé au dernier salaire réalisé en 2000 (soit Fr. 23.45 de l'heure et 10.6% pour la compensation des vacances et jours fériés et 8.3% pour le 13<sup>ème</sup> salaire), avant l'accident du recourant, puis l'a indexé à l'année 2017, arrivant à un résultat de Fr. 65'654.-. La décision attaquée ayant été rendue en 2018, le montant susmentionné, indexé à 2018, se monte à Fr. 65'979.- (2017 = 101 ; 2018 = 101.5 selon la Table ESS T1.1.15, Indice des salaires nominaux, hommes, 2016-2018, Total).

**6.7.3** S'agissant du revenu avec invalidité, on relèvera que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2).

**6.7.4** Pour définir le revenu avec invalidité, l'Office AI Berne s'est référé avec raison aux tables statistiques, dès lors que le recourant n'exerce pas d'activité professionnelle. Le choix de la Table ESS TA1, total, niveau de compétence 1, hommes ne porte pas à la critique au vu des activités exigibles de la part du recourant. Le montant s'élève ainsi à Fr. 66'453.10 (soit Fr. 5'312.- x 12 mois / 40 heures x 41,7 heures [effectivement travaillées en 2018]). Indexé à l'année 2018, le montant précité se chiffre à Fr. 67'047.65 (2016 = 100.6; 2018 = 101.5 selon la Table ESS T1.1.15 Indice des salaires nominaux, hommes, 2016-2018, total). Pour tenir compte de la diminution de rendement attestée par les différents experts et confirmée par le TA, il y a lieu de procéder à une diminution de 20% du chiffre précité, ce qui conduit à un montant de Fr. 53'638.10 (Fr. 67'047.65 x 80%).

**6.7.5** Il reste encore à examiner la question d'un éventuel abattement à appliquer sur le montant précité, étant précisé que l'Office AI Berne a admis

un abattement de l'ordre de 15% du fait des limitations physiques du recourant et que ce dernier fait valoir l'abattement maximal de 25%. En l'occurrence, un abattement de l'ordre de 15%, tel que l'a admis l'Office AI Berne, semble justifié au vu des atteintes à la santé du recourant, mais également de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée légère. En l'occurrence toutefois, même l'abattement maximal de 25% requis par le recourant et qui n'apparaît pas justifié en l'espèce n'ouvrirait pas le droit à une rente d'invalidité. En effet, en procédant à un abattement de 25% sur le montant retenu ci-dessus, le revenu avec invalidité se chiffrerait à Fr. 40'228.60 (soit Fr. 53'638.10 x 75%), ce qui engendrerait une différence de revenu de Fr. 25'750.45 (Fr. 65'979.- – Fr. 40'228.60) et un degré d'invalidité de 39% (soit Fr. 25'750.45 x 100 / Fr. 65'979.-), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**6.8** C'est ainsi à bon droit que l'Office AI Berne a mis fin au quart de rente d'invalidité que percevait le recourant depuis 2001, avec effet au premier du mois qui a suivi sa décision du 27 septembre 2018 (voir art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI).

## **7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

**7.2** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**7.3** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
  - à D.\_\_\_\_\_.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

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

**Avertissement:** Pour une éventuelle suspension du délai de recours, voir également l'Ordonnance du Conseil fédéral suisse du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19, RS 173.110.4).