

**200.2019.420.AI**  
N° AVS  
BCE/REN

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

**Jugement du 1<sup>er</sup> mai 2020**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
C. Wagnon-Berger, greffière

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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 25 avril 2019



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1963, divorcé et père de deux enfants majeurs est au bénéfice d'une formation professionnelle de monteur de voies et a travaillé en dernier lieu en qualité de monteur spécialiste au sein d'une unité de maintenance. En incapacité de travail depuis juillet 2012 pour des problèmes ophtalmologiques, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes datée du 24 janvier 2013. Après la cessation des rapports de travail au 31 octobre 2014, l'intéressé a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage. Par décision du 25 mars 2015 (confirmant une préorientation datée du 12 février 2015), l'Office AI Berne a refusé tout droit à des prestations de l'AI en raison de l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Cette décision n'ayant pas été attaquée par l'assuré, elle est entrée en force.

**B.**

En date du 3 janvier 2017, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI pour adultes (expédiée le 6 janvier 2017 et réceptionnée le 9 janvier 2017) en mentionnant une atteinte à la vue, une dépression, un problème d'alcool ainsi qu'une atteinte au foie. Saisi de la demande de prestations susmentionnée, l'Office AI Berne l'a instruite en requérant notamment des informations auprès du médecin généraliste traitant (particulièrement s'agissant des documents médicaux postérieurs au 25 mars 2015) et auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Au vu des conclusions de ce dernier, l'Office AI Berne, par préorientation du 3 décembre 2018, a communiqué à l'assuré qu'il projetait de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité (compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%). Nonobstant les objections déposées tant par l'assuré lui-même le 21 janvier 2019 que par un juriste d'une fondation d'entraide et d'information pour personnes en situation de handicap le représentant, le 22 février 2019, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 25 avril 2019.

## **C.**

Représenté par un nouveau mandataire professionnel d'un autre organisme d'utilité publique, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) le 28 mai 2019. Il a requis l'assistance judiciaire et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à l'octroi des prestations auxquelles il a droit, à savoir à tout le moins une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 28 juin 2019, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par courrier du 12 juillet 2019 le mandataire du recourant a transmis sa note d'honoraires ainsi qu'un rapport médical daté du 26 juin 2019. L'Office AI Berne a encore pris position sur le rapport médical du 26 juin 2019 produit par le recourant et maintenu en substance ses conclusions.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'intimé du 25 avril 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations de l'AI, en particulier une rente d'invalidité. Sont particulièrement critiquées par le recourant la fixation du revenu sans invalidité sur la base du revenu statistique, l'appréciation médicale prétendument lacunaire réalisée par l'Office AI Berne ainsi que l'absence de prise en compte d'un abattement dans le calcul du 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, 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

**2.2** Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

## **2.3**

**2.3.1** Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant le droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**2.3.2** La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

**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).

**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, se fondant sur un rapport de son SMR, a considéré que l'assuré était en mesure d'assumer d'un point de vue médical des activités légères à moyennement lourdes, avec un temps de présence de six heures par jour avec port de charge légère. Sur la base de ce profil d'exigibilité, l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 32%, 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 qu'une expertise polydisciplinaire n'était, de l'avis de son SMR, pas nécessaire pour établir les faits médicaux au dossier et qu'en tout état de cause, le recourant n'apportait aucun élément propre à remettre en question cette appréciation. Par ailleurs, l'intimé a confirmé la prise en compte des statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS) s'agissant du revenu sans invalidité. En effet, pour l'Office AI Berne, l'utilisation de ces statistiques se justifie dans la mesure où

aucune atteinte à la santé invalidante n'est à l'origine de la cessation des rapports de travail et puisque l'assuré a, par la suite, touché des prestations de l'assurance-chômage. Finalement, l'intimé a indiqué qu'un abattement dans le calcul du revenu d'invalidé ne saurait intervenir puisque les restrictions ont déjà été prises en compte par une charge de travail réduite à six heures par jour. Dans son mémoire de réponse du 28 juin 2019, l'intimé a en substance confirmé les arguments développés dans la décision attaquée tout en précisant que l'assuré ne remplissait aucun des critères jurisprudentiels justifiant la prise en compte d'un abattement statistique mais, qu'en tout état de cause, même si l'on devait retenir un abattement de 5% par souci de générosité, le taux d'invalidité serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**3.2** Par son recours, le recourant a principalement reproché à l'Office AI Berne d'avoir déterminé le revenu sans invalidité sur la base des statistiques salariales de l'ESS, puisque, selon lui, il conviendrait de se fonder sur le dernier revenu réalisé (à savoir dans son poste de monteur spécialiste au sein d'une unité de maintenance), actualisé à l'année considérée. En outre, l'assuré a critiqué l'appréciation des preuves établie par l'intimé et a mis en évidence une contradiction dans les rapports médicaux figurant au dossier. Selon lui, les évaluations médicales qu'il a produites ont force probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les écarter. Toujours dans le contexte de l'appréciation des preuves, le recourant a observé que certains maux, pourtant médicalement attestés, avaient été ignorés par l'Office AI Berne. Finalement, selon l'assuré, un abattement d'au moins 15% aurait dû être pris en compte par l'Office AI Berne au vu de son âge, des années de service, des limitations et du taux d'occupation partiel.

#### **4.**

**4.1** Comme déjà énoncé ci-dessus (voir c. 2.3.2 ci-dessus), dans le cadre – comme le cas qui nous occupe ici – d'une nouvelle demande, il s'agit de comparer si l'état de fait a évolué de façon significative depuis le dernier examen matériel. En l'espèce, il convient de comparer si la situation

du recourant a évolué entre le 25 mars 2015 (date de la dernière décision matérielle prononcée par l'intimé) et le 25 avril 2019 (date du prononcé ici contesté).

**4.2** La décision de refus de rente rendue par l'intimé le 25 mars 2015 se basait principalement sur le rapport du SMR daté du 4 février 2015. Selon le spécialiste en médecine générale du SMR, s'agissant de la déficience visuelle invoquée, aucune corrélation objectivement vérifiable des résultats n'avait pu être mise en avant. Par ailleurs, pour le spécialiste, il convenait d'admettre que l'abus chronique d'alcool avait un effet négatif sur la capacité de travail et qu'il avait en définitive été le motif de la résiliation des rapports de travail par l'employeur. Finalement, le médecin du SMR considérait qu'il était impossible de répondre à la question de savoir si les problèmes de vision de l'assuré étaient causés par l'abus d'alcool, dans la mesure où il n'avait pas pu être démontré qu'une atteinte à la santé objectivement vérifiable ait constitué la cause de la déficience visuelle alléguée (dos. AI 38/2).

**4.3** Dans le cadre de l'instruction matérielle de la procédure de nouvelle demande ici litigieuse, les éléments médicaux suivants ressortent du dossier:

**4.3.1** Dans une appréciation médicale du 4 novembre 2015, un spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie a noté un status ophtalmologique comparable au dernier examen en sa possession (examen de 2012), hormis une acuité visuelle légèrement meilleure au jour de la consultation. Toutefois, au vu d'une acuité visuelle générale abaissée avec un champ visuel et des nerfs optiques d'aspect physiologique, le spécialiste a demandé la mise en place d'un bilan neuro-ophtalmologique (dos. AI 50/54).

**4.3.2** Il ressort d'un rapport du 21 mars 2016 qu'une hospitalisation est intervenue entre le 7 et le 21 mars 2016 dans un hôpital régional pour des douleurs abdominales. Les médecins en charge de l'assuré durant l'hospitalisation de ce dernier ont rappelé que le patient était connu pour un alcoolisme chronique avec consommation d'un litre de vin rouge par jour, stoppée trois semaines avant l'établissement du rapport, soit lorsque

l'assuré a constaté une augmentation progressive du périmètre abdominal associée à des douleurs abdominales diffuses et à une asthénie marquée. Ils ont en outre posé le diagnostic principal de décompensation ascitique d'une cirrhose Child C sur OH. Comme diagnostics secondaires ont été mentionnés: probable BPCO non stadée, hypokaliémie transitoirement substituée, anémie macrocytaire hyperchrome sur toxicité OH et carence en folate, suspicion d'œsophage de Barrett et une conjonctivite bilatérale (dos. AI 50/38). Dès sa sortie de l'hôpital régional, l'intéressé a séjourné dans un centre de réadaptation médicale et neurologique (du 21 mars au 6 avril 2016; dos. AI 50/25). Le rapport y relatif daté du 22 avril 2016 mentionne à titre de diagnostics principaux un déconditionnement physique et une perte de force, en particulier des membres inférieurs, ainsi qu'une augmentation du poids et de la taille de l'abdomen. Les médecins ont également mentionné une abstinence à l'alcool d'un mois ainsi qu'une amélioration de la mobilité à la sortie de la clinique (dos. AI 50/26).

**4.3.3** Suite à son hospitalisation, l'assuré a été suivi par des spécialistes d'un centre abdominal d'un hôpital universitaire. De nombreux rapports médicaux établis par lesdits spécialistes figurent au dossier (rapport du 26 avril 2016 [dos. AI 50/17], rapport du 27 avril 2016 [dos. AI 50/15], rapport du 20 mai 2016 [dos. AI 50/12], rapport du 28 septembre 2016 [dos. AI 50/8], rapport du 13 décembre 2016 [dos. AI 50/6], rapport du 15 décembre 2016 [dos. AI 50/2], rapport du 16 juin 2017 [dos. AI 62/12], rapport du 27 février 2018 [dos. AI 62/8] et rapport du 11 mars 2018 [dos. AI 62/5]). Il en ressort en particulier les diagnostics de cirrhose hépatique par toxicité alcoolique, œsophage de Barrett à segment ultracourt, neuropathie non claire, dyslipidémie ainsi que status après fracture mandibulaire en janvier 2013. Dans le rapport du centre abdominal d'un hôpital universitaire au dossier, daté du 11 mars 2018, les spécialistes ont ajouté le diagnostic d'absence d'immunité contre les hépatites A et B (dos. AI 62/5). Dans ce document, les spécialistes ont constaté l'abstinence complète de l'assuré depuis une période de deux ans et ont observé que l'évolution de la cirrhose était largement stable (dos. AI 62/6).

**4.3.4** Dans un rapport médical daté du 2 février 2017, le généraliste traitant de l'assuré a posé les diagnostics de neuropathie optique bilatérale

d'origine indéterminée, cirrhose hépatique, gastroscopie avec probable œsophage de Barrette et varices stade 1, dépression réactive chronique, normotendu, hypercholestérolémie et status après fracture mandibulaire suite à une chute dans les escaliers. Dans son rapport, le médecin a précisé qu'un réel changement était intervenu depuis la procédure relative à la première demande de prestations AI puisque l'assuré avait été hospitalisé d'urgence en mars 2016 en raison d'une décompensation hépatique totale (dos. AI 47/1). Par ailleurs, selon le médecin, les problèmes de vue du recourant ne se sont pas améliorés. Sur cette base, il a mentionné qu'il ignorait quelle activité lucrative pourrait encore être réalisée par le recourant (do. AI 47/1).

**4.3.5** Figurent également au dossier des rapports d'un spécialiste en médecine interne et gastro-entérologie d'un hôpital régional (voir notamment rapport du 28 février 2017 [dos. AI 62/18], du 28 mars 2017 [dos. AI 62/16], du 24 mai 2017 [dos. AI 62/14] et du 28 novembre 2017 [dos. AI 62/10]). Le spécialiste a mis en avant la présence de lésions gastriques et a expliqué avoir ligaturé les varices œsophagiennes, ces dernières ayant grandi depuis 2016 (dos. AI 62/19). Au fil des consultations, le spécialiste a constaté la régression, puis la disparition, des varices et des lésions gastriques (dos. AI 62/17 et 15). Il a noté une évolution favorable avec l'absence de varices œsophagienne (dos. AI 62/11).

**4.3.6** Dans un rapport médical adressé à l'Office AI Berne et daté du 23 mars 2018, le généraliste traitant de l'assuré s'est en substance référé à son rapport du 2 février 2017 (voir c. 4.3.4 ci-dessus) ainsi qu'aux lettres annexées à ce dernier (voir dos. AI 50/1-55) et a retenu une incapacité de travail de 100%, tout en indiquant, s'agissant d'activités raisonnablement exigibles, que l'assuré pouvait encore "bricoler" mais pas d'une manière lucrative (dos. AI 62/3).

**4.3.7** Dans une prise de position médicale du 4 septembre 2018, le spécialiste en médecine interne du SMR a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de cirrhose hépatique par toxicité alcoolique et absence d'immunité contre les hépatites A et B et, sans répercussion sur la capacité de travail, œsophage de Barrett ultracourt,

trouble de l'acuité visuelle indéterminé aux deux yeux à l'anamnèse, dyslipidémie et état consécutif à une fracture de la mandibule en janvier 2013 (dos. AI 65/4 et 77/7). Après avoir mis en évidence l'abstinence à l'alcool de l'assuré depuis une période de deux ans, l'absence de plainte en lien avec des problèmes spécifiquement hépatiques (notamment absence de douleurs abdominales ou d'épisodes d'ictère ou de prurit, de fièvre et de sueurs nocturnes) ainsi que la stabilité de la cirrhose du foie, le médecin du SMR a jugé que l'état de santé de l'assuré lui permettait d'effectuer des travaux physiquement légers ou des efforts occasionnellement moyens. Il a toutefois précisé que le levage et le port de charge devaient être limités à de faibles poids, en raison de l'hypertension portale et de l'état consécutif à la ligature des varices œsophagiennes. S'agissant de l'absence d'immunité contre les hépatites A et B, le spécialiste a préconisé que le recourant évite le contact avec les fluides corporels (en particulier le sang et les sécrétions génitales) de personnes infectées et avec des eaux souillées par des matières fécales. En ce qui concerne les troubles visuels, le médecin du SMR a souligné que ceux-ci n'avaient jamais été expliqués par des observations objectivables. Sur la base de ces considérations, le spécialiste en médecine interne a retenu que l'ancienne activité de monteur de voies n'était plus exigible en raison de la maladie hépatique mais que dans une activité adaptée, un taux de six heures par jour, sans diminution notable du rendement était exigible de l'assuré (dos. AI 65/5 et 77/8).

**4.3.8** Il ressort d'un rapport médical daté du 26 juin 2019 d'un spécialiste en neurochirurgie et produit par courrier du 12 juillet 2019 du recourant que ce dernier souffre depuis le début de l'année 2019 d'une lombo-sciatique, qui selon la pression, irradie principalement dans la jambe droite et moins dans la jambe gauche en direction dorsale (dos. TA). Les diagnostics de spondylolisthésis LWK4 sur LWK5 avec des signes évidents d'inflammation et de sténose du canal rachidien à ce niveau ainsi qu'une hernie discale LWK5/SWK1 à gauche avec tangence de la racine nerveuse S1 à gauche ont été posés (dos. TA).

## **5.**

**5.1** Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport du SMR daté du 4 septembre 2018, sur lequel s'est fondé l'Office AI Berne pour rendre la décision attaquée.

**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** Pour autant que les rapports du SMR satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont une valeur probante comparable à celles d'autres expertises (SVR 2018 IV n° 4 c. 3.2, 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des 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 sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/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 LPG (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

**5.4** Le rapport daté du 4 septembre 2018 du spécialiste en médecine interne générale du SMR, sur lequel se fonde l'intimé pour rendre la

décision contestée, s'appuie sur les différents rapports et examens au dossier, notamment sur les deux évaluations médicales du généraliste traitant du 2 février 2017 (dos. AI 47/1) et 23 mars 2018 (dos. AI 62/1) ainsi que sur les comptes rendus du centre abdominal d'un hôpital universitaire et d'un spécialiste en médecine interne et gastro-entérologie d'un hôpital régional. S'agissant tout d'abord de la cirrhose du foie, le spécialiste en médecine interne du SMR a confirmé l'appréciation des spécialistes du centre abdominal d'un hôpital universitaire selon laquelle cette affection serait stabilisée (voir rapport du 11 mars 2018; dos. AI 62/6). Le spécialiste en médecine interne et gastro-entérologie d'un hôpital régional ne s'est lui, en revanche, pas prononcé sur l'évolution de la cirrhose en tant que telle, mais a limité sa discussion aux varices œsophagiennes ainsi qu'à la gastrite avec dépôt d'hématine (rapport du 28 novembre 2017; dos. AI 62/11). Par ailleurs, le médecin du SMR a mis en évidence, au même titre que les spécialistes du centre abdominal susmentionné, que les valeurs transaminases hépatiques et la phosphatase alcaline étaient dans la norme et les valeurs gamma GT à peine élevées (dos. AI 65/4, 77/7 et 62/6). Quant aux considérations relatives au bon état général et nutritionnel ainsi qu'à l'absence de plaintes eu égard à des douleurs abdominales ou d'épisodes d'ictère ou du prurit, de fièvre ou encore de sueurs nocturnes, elles ont également été mentionnées par les spécialistes du centre abdominal (dos. AI 65/4, 77/7 et 62/5-6). Partant, la discussion et les explications du SMR relatives à la cirrhose du foie sont cohérentes et confirment en tous points les appréciations médicales des différents professionnels de la santé ayant pris en charge l'assuré (dos. AI 62/6). L'activité raisonnablement exigible qui en résulte, en particulier le port de charge limité à des faibles poids (voir c. 4.3.7 ci-dessus) en raison de l'hypertension portale et de l'état consécutif à la ligature de varices œsophagiennes, se révèle également cohérente et probante au regard de l'appréciation médicale du spécialiste en médecine interne et gastro-entérologie d'un hôpital régional (voir c. 4.3.5 ci-dessus). En ce qui concerne ensuite les problèmes visuels de l'assuré, le médecin du SMR a souligné de façon pertinente qu'aucun élément objectivable n'avait pu expliquer ceux-ci. Cette affirmation est corroborée par un spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie (dos. AI 50/54) qui a mentionné un status ophtalmologique comparable au dernier examen en sa possession

(examen de 2012), hormis une acuité visuelle légèrement meilleure au jour de la consultation. Ainsi, c'est à raison que le médecin du SMR s'est référé au rapport du 4 février 2015 d'un médecin du SMR (relatif à la première demande de prestations AI) qui observait déjà qu'aucun élément médical ne démontrait qu'une atteinte à la santé objectivement vérifiable ait constitué la cause de la déficience visuelle alléguée (dos. AI 38/2). Au vu de ce qui précède et au regard du dossier, les explications du médecin du SMR s'agissant des troubles de l'assuré sont en soi complètes et cohérentes.

A toutes fins utiles, il convient de mentionner que le grief du recourant selon lequel les rapports médicaux au dossier seraient contradictoires ne résiste pas à l'examen. Au contraire, sous réserve de l'appréciation de la capacité de travail et la diminution de rendement qui diffèrent entre le généraliste traitant et le médecin du SMR (voir ci-dessous c. 5.5), les professionnels de la santé consultés s'accordent pour admettre une certaine stabilisation de la cirrhose du foie du recourant (dos. AI 62/3, 62/6 et 65/4) ainsi qu'une évolution favorable s'agissant des varices œsophagiennes (dos. AI 62/11). Ils ont également tous relevé l'abstinence à l'alcool depuis le printemps 2016 (dos. AI 65/4, 62/5, 62/10, et 47/1).

**5.5** Dans son rapport du 4 septembre 2018, le médecin du SMR a retenu que dans une activité adaptée, le recourant était en mesure de travailler à un taux de six heures par jour, sans diminution notable du rendement ("ohne wesentliche Leistungsminderung"; dos. AI 65/5). Ce raisonnement n'est cependant nullement étayé et un tel taux journalier ne repose sur aucun fondement. Il s'écarte même de la discussion relative aux limitations fonctionnelles dans laquelle le spécialiste en médecine interne retenait une situation stabilisée eu égard à la cirrhose du foie ainsi que l'absence d'atteinte à la santé objectivable s'agissant des troubles visuels du recourant. Le médecin du SMR n'explique pas non plus si et en quoi l'hypertension portale et la ligature des varices œsophagiennes entraînent une diminution du taux de travail en plus des limitations du port de charge. Ce dernier n'a en aucune manière motivé son raisonnement, pas plus qu'il ne l'a fondé sur un examen personnel avec l'assuré ou sur des rapports médicaux au dossier. A cet égard, il convient de constater que les

médecins et spécialistes consultés ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de l'assuré, à l'exception du généraliste traitant qui a simplement retenu une incapacité de travail totale et qui a mentionné ignorer quelle activité serait encore possible pour l'assuré (dos. AI 62/3 et 47/1). A ce titre, le recourant n'a pas non plus produit de rapport médical se prononçant sur sa capacité de travail qui permettrait de se prononcer de manière fiable sur celle-ci. Le spécialiste en médecine interne du SMR ne parvient pas non plus à convaincre lorsqu'il mentionne l'absence de diminution de rendement *notable* ("ohne *wesentliche* Leistungsminderung"; dos. AI 65/5), puisqu'une telle formulation laisse plutôt à penser qu'une diminution de rendement, même de moindre importance, devrait être prise en compte. Or, aucune indication relative à une baisse de rendement (chiffrée) ne ressort du rapport du 4 septembre 2018 du SMR (dos. AI 54/5 et 77/8). On peine ainsi à comprendre comment le spécialiste du SMR peut, d'un côté, laisser entendre qu'une diminution de rendement de faible importance doit être prise en compte et de l'autre, renoncer à en fixer une dans sa prise de position. Dans ces conditions, le rapport du 4 septembre 2018 du SMR, succinct et insuffisamment étayé, ne satisfait pas aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a; voir c. 5.2 et 5.3 ci-dessus). En particulier l'absence de motivation du spécialiste du SMR s'agissant de la capacité de travail et les conclusions peu claires en ce qui concerne la diminution de rendement dénie toute valeur probante aux conclusions de ce dernier et ainsi à sa prise de position du 4 septembre 2018.

**5.6** Quant aux autres appréciations médicales au dossier (voir c. 4.3.1-4.3.6 ci-dessus), elles ne permettent pas non plus au TA de se forger une opinion quant à la capacité de travail et une éventuelle diminution de rendement chez l'assuré. En effet, comme cela ressort de ce qui précède, les spécialistes ayant pris position sur l'état de santé du recourant ne se sont aucunement prononcés sur une éventuelle incapacité de travail ou diminution de rendement. Seul le généraliste traitant a donné quelques (maigres) indications à ce propos, mais n'a que peu motivé son appréciation. Comme indiqué ci-dessus (voir c. 5.5 ci-dessus), au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré relevées par le généraliste traitant (voir notamment dos. AI 47/1), rien au dossier ne permet de supposer que

l'incapacité de travail totale qu'il atteste s'explique autrement que par la relation de confiance développée avec son 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.

Par conséquent, l'avis du généraliste traitant ou des autres spécialistes consultés ne permettent pas non plus au TA d'apprécier la situation globale du recourant s'agissant d'une éventuelle limitation de la capacité de travail ou diminution de rendement.

**5.7** Au vu de ce qui précède, il faut conclure qu'en l'état, les moyens de preuve à disposition, en particulier sur le plan médical, ne permettent pas de trancher la question de l'incapacité de travail – et donc de l'invalidité – du recourant, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, tel qu'exigé en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2). En d'autres termes, il est impossible de déterminer si l'on est en présence d'une modification des circonstances entre le 25 mars 2015 (date de la dernière décision matérielle prononcée par l'intimé) et le 25 avril 2019 (date du prononcé ici contesté) propre à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à une rente AI (voir c. 2.3.2 ci-dessus).

**5.8** La décision du 25 avril 2019 doit donc être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de compléter les données médicales auprès de spécialistes dans les domaines des diagnostics retenus et de recueillir, à tout le moins, l'avis des médecins traitants concernant la capacité de travail de l'assuré et une éventuelle diminution de rendement. Au besoin, l'intimé ordonnera une expertise permettant d'établir la capacité de travail du recourant pendant toute la période couverte par la demande de prestations. En possession de bases médicales solides, l'intimé évaluera l'invalidité du recourant, examinera la prise en compte d'un éventuel abattement, et rendra une nouvelle décision. On précisera encore que dans sa demande de prestations AI, le recourant invoquait une atteinte à la vue, une dépression, un problème d'alcool ainsi qu'une atteinte au foie. Le médecin du SMR, se fondant sur les rapports au dossier, s'est positionné sur chacun des troubles allégués dans la demande de prestations AI, à l'exception de la dépression. S'agissant de ce dernier aspect, il n'existe en l'occurrence que

peu d'éléments ou indices au dossier propres à étayer l'existence d'une dépression à caractère invalidant. Le généraliste traitant, bien qu'évoquant il est vrai un diagnostic de dépression réactive chronique (dos. AI 47/1), outre le fait qu'il n'a pas motivé ledit diagnostic, ne disposerait, en tout état de cause, pas des connaissances approfondies dans le domaine de la psychiatrie pour émettre un avis médical probant à ce titre. Par ailleurs, un tel trouble à la santé psychique n'est étayé par aucun élément clinique propre ou nouveau. Même s'il ne peut être reproché au médecin du SMR de n'avoir pas investigué davantage cet aspect, il n'en reste pas moins qu'il appartiendra à l'Office AI Berne de recueillir des données fiables à cet égard dans le cadre de son instruction complémentaire. En outre, les troubles du dos invoqués par le recourant dans son courrier du 12 juillet 2019, justifient également une investigation complémentaire par l'Office AI Berne. Le rapport médical daté du 26 juin 2019 établi par un spécialiste en neurochirurgie (voir c. 4.3.8 ci-dessus), bien que postérieur à la décision attaquée, doit de toute manière être pris en compte dans le présent jugement, car il se réfère à la situation médicale telle qu'elle se présentait à la fin de la procédure administrative (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4; dos. TA). En effet, ce document fait état de douleurs à la lombo-sciatique existantes depuis le début de l'année 2019, soit avant le prononcé de la décision attaquée. Dans ces conditions et dans la mesure où les troubles invoqués pourraient potentiellement avoir une influence sur la capacité de travail du recourant, il conviendra également d'en tenir compte dans l'instruction de la cause à laquelle devra procéder l'Office AI Berne.

## **6.**

**6.1** Finalement, le recourant fait grief à l'intimé d'avoir déterminé le revenu sans invalidité sur la base des statistiques salariales de l'ESS et non sur le dernier revenu réalisé (à savoir dans son poste de monteur spécialiste au sein d'une unité de maintenance), actualisé à l'année considérée. Bien que cette question n'ait pas à être tranchée à ce stade au vu du renvoi pour instruction complémentaire, il convient malgré tout de préciser ce qui suit quant à la question de la prise en compte des revenus statistiques pour déterminer le revenu de personne valide.

**6.2** Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, 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 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'OFS. Tel sera le cas lorsque l'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de la personne assurée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, la personne assurée était au chômage, ou rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (TF 9C\_416/2010 du 26 janvier 2011 c. 3.2).

**6.3** En l'occurrence et comme cela ressort de ce qui précède (voir c. B ci-dessus), la nouvelle demande de prestations AI datée du 3 janvier 2017 mentionnait une atteinte à la vue, une dépression, un problème d'alcool ainsi qu'une atteinte au foie. S'agissant de l'atteinte à la vue, survenue en 2012 (dos. AI 5/5) et à l'origine de la première demande de prestations AI du 24 janvier 2013 (dos. AI 5/1), l'Office AI Berne avait considéré, dans une décision du 25 mars 2015, qu'elle ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante (dos. AI 40/1). Selon le médecin traitant du recourant, il semblerait que ce soit bien plus les troubles hépatiques et gastriques qui aient justifié la nouvelle demande de prestations AI datée du 3 janvier 2017 (dos. AI 47/1). Par ailleurs, il ressort du dossier que les rapports de travail ont cessé le 31 octobre 2014 d'un commun accord (dos. AI 42/3) pour des motifs liés à la consommation d'alcool de l'intéressé (voir notamment dos.

AI 33/7) et non en raison des troubles ophtalmologiques. Après la cessation des rapports de travail en 2014, l'assuré a touché des indemnités de chômage pendant neuf mois, à savoir de novembre 2014 à juillet 2015 (dos. AI 54/3). Au moment de la demande de prestations AI, l'assuré bénéficiait de prestations de l'aide sociale (dos. AI 45/4). En d'autres termes, au moment de la survenance des troubles à la santé ayant motivé la nouvelle demande AI (hospitalisation du 7 au 21 mars 2016 en raison d'une décompensation ascitique d'une cirrhose, voir c. 4.3.2 ci-dessus), l'assuré n'exerçait plus d'activité lucrative depuis plus d'une année et touchait l'aide sociale. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C\_416/2010 du 26 janvier 2011 c. 3.2), les circonstances particulières justifiaient que l'Office AI Berne s'écarte du dernier salaire gagné par l'assuré. C'est donc à juste titre que l'Office AI Berne s'est fondé sur les données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'OFS pour déterminer le revenu de personne valide. Le grief du recourant sur ce point ne résiste donc pas à l'examen.

## **7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision contestée du 25 avril 2019 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**7.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**7.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 132 V 215 c. 6.2). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Après examen de la note d'honoraires du 21 février 2018, qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA en

cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales disponible sur le site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), les dépens sont fixés à Fr. 1'225.85 (honoraires de Fr. 1'066.-, débours de Fr. 72.20 et TVA de Fr. 87.65) et sont mis à la charge de l'Office AI Berne.

**7.4** Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire est devenue sans objet et doit donc être radiée du rôle du Tribunal.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant un montant de Fr. 1'225.85 à titre d'indemnité de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

**Voie de recours**

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