

200.2022.202.AI

N° AVS
BCE/EGC

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

Jugement du 24 juin 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, 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 2 mars 2022



En fait:

A.

A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1979 en Syrie, marié et père de trois enfants mineurs est arrivé en Suisse en 2012 et y a été admis à titre provisoire (livret F). Selon ses dires, il serait au bénéfice d'un certificat de capacités de paysagiste obtenu dans son pays d'origine, pays dans lequel il aurait travaillé en dernier lieu en tant que fonctionnaire jusqu'en 2011 avant d'être emprisonné, puis torturé physiquement et psychologiquement par le régime en place. Sans activité lucrative depuis son arrivée en Suisse et soutenu financièrement par des organisations caritatives, puis par les services sociaux, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 16 mars 2021 en invoquant souffrir d'un trouble complexe de la marche, d'un lumbago chronique, d'un stress post-traumatique/dépression et d'un diabète sucré. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne (ci-après: l'intimé) a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des différents médecins traitants de l'assuré (généraliste, psychiatres, spécialistes en orthopédie). Le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) a également été consulté. Sur conseils de celui-ci, une expertise pluridisciplinaire (couvrant les volets neurologique, orthopédique, psychiatrique et de la médecine interne) a été organisée par l'Office AI Berne, laquelle s'est déroulée les 25 août et 1^{er} septembre 2021 (rapport consensuel du 29 septembre 2021; ci-après: l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021). Sur cette base, l'Office AI Berne a nié à l'assuré, par préavis du 18 octobre 2021, tout droit à une rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40% (taux d'invalidité de 30%).

B.

L'assuré, avec l'aide du service social, a déposé, le 22 octobre 2021, des objections contre le prononcé précité, complétées le 10 décembre 2021 par un mandataire professionnel. L'Office AI Berne a maintenu le contenu de son préavis dans une décision du 2 mars 2022.

C.

Toujours représenté en procédure, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), le 1^{er} avril 2022, date à laquelle il a également déposé une requête d'assistance judiciaire. Il a conclu, avec suite de frais et dépens (et sous réserve des dispositions en matière d'assistance judiciaire), principalement, à l'annulation de la décision du 2 mars 2022, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en place d'une expertise, afin d'évaluer les troubles invalidants présentés et l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur le taux d'invalidité et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Par courrier du 13 avril 2022, l'intéressé a retiré sa requête d'assistance judiciaire. Cette dernière a donc été rayée du rôle du Tribunal par décision du 14 avril 2022. Par mémoire de réponse du même jour, l'intimé a conclu au rejet du recours, avec suite de frais et dépens. Le 9 mai 2022, l'avocat de l'assuré a encore fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 2 mars 2022 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie au recourant tout droit à une rente AI, compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente d'invalidité entière ainsi que, subsidiairement, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et, plus subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement contestées par le recourant, les données médicales prises en compte par l'Office AI Berne pour l'évaluation de la capacité de travail, en particulier l'expertise

pluridisciplinaire de septembre 2021, que le recourant juge incomplète, ainsi que l'absence de prise en compte d'un abattement.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par 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. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; 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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI ; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'occurrence et dans la mesure où un éventuel droit à une rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a introduit sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assuré a déposé sa demande en mars 2021 (dossier [dos.] AI 20), les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige (voir également chiffre [ch.] 9100 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-

invalidité [CIRAI], état au 1^{er} janvier 2022; sur l'application des directives de l'administration par le juge, voir notamment ATF 147 V 79 c. 7.3.2, 146 V 224 c. 4.4.2).

2.2 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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'ancien (anc.) art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; 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 Dans sa décision contestée du 2 mars 2022, l'Office AI Berne s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021 qu'il a diligentée, pour conclure que l'assuré présentait une capacité de travail et de rendement de 70% dans l'ancienne activité exercée (fonctionnaire) et dans une activité raisonnablement exigible (activité comprenant des sollicitations physiques très légères, avant tout en position assise et avec la possibilité de modifier la position). Après avoir procédé à une comparaison des revenus, l'intimé a constaté que la perte de gain qui en résultait engendrait un taux d'invalidité de 30%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dans son mémoire de réponse du 14 avril 2022, l'Office AI Berne a en substance défendu la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021. Il a en outre considéré que les rapports médicaux déposés par le recourant avec son recours n'apportaient pas d'éléments nouveaux dont les experts n'auraient pas eu connaissance et qu'ils ne permettaient donc pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Par ailleurs et selon l'intimé, la capacité de travail et de rendement retenu par les experts tient suffisamment compte des empêchements du recourant, ainsi que du besoin de pauses supplémentaires, et rien ne permet de procéder encore en plus à un abattement.

3.2 Par son recours, l'intéressé a en particulier remis en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021. Dans ce cadre, il a mis en évidence le fait qu'il n'était pas en mesure de se tenir assis plus d'une heure et demie et que c'est donc à tort que les experts avaient jugé que le syndrome douloureux chronique lombaire et du fessier gauche n'avait aucune influence sur sa capacité de travail. En outre, il a

souligné que l'utilisation (nécessaire) de béquilles l'empêchait d'avoir une activité qui consisterait en une alternance entre la position assise et la position debout. Finalement, le recourant a fait valoir qu'un abattement s'imposait sur le revenu d'invalidé réalisable, notamment en raison des déficits fonctionnels, de ses difficultés linguistiques ou encore de son âge, qu'il considère comme avancé.

4.

Aucun rapport médical rédigé durant la période pendant laquelle l'assuré vivait dans son pays d'origine n'a été versé au dossier AI. Depuis son arrivée en Suisse, en 2012, les documents médicaux suivants renseignent sur l'état de santé du recourant.

4.1 A la suite d'un séjour stationnaire du 7 au 14 mai 2013 aux services psychiatriques universitaires (SPU), les médecins en charge de l'assuré ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (chiffre [ch.] F32.3 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1; dos. AI 33/10). Toujours dans le contexte des troubles psychiatriques, un psychiatre a retenu, dans un rapport du 14 novembre 2013, le diagnostic d'état de stress post-traumatique (dos. AI 33/8).

4.2 L'assuré a subi une intervention chirurgicale le 3 juillet 2013 visant une ré-orientation du tibia proximal gauche (dos. AI 33/14). Dans ce cadre, les spécialistes en orthopédie d'une clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique et la traumatologie ayant procédé à l'opération ont retenu, dans un rapport du 10 juillet 2013, le diagnostic principal de malposition sur fracture consolidée du tibia gauche avec arthrose de l'articulation tibio-fibulaire proximale suite à une fracture de la tête du tibia gauche traitée de manière conservatrice en 2010 (occasionnée lors de mauvais traitements physiques en prison dans le pays d'origine). Ont également été mentionnés, les diagnostics d'arthrose de la cheville supérieure gauche et droite ainsi que l'existence d'une poliomyélite contractée durant l'enfance

ayant entraîné deux interventions chirurgicales à la cheville supérieure dans le pays d'origine (dos. AI 33/11). Dans leur rapport médical du 23 avril 2014, les mêmes spécialistes ont en outre signalé la poliomyélite avec pied tombant persistant à droite ainsi qu'une légère déformation du pied creux et une triple arthrose. L'écrit en question faisait suite à une intervention chirurgicale douze semaines auparavant laquelle visait une arthrodèse de la cheville supérieure ainsi qu'une ostéotomie du calcanéum en latéralisation en raison d'une arthrose de la cheville supérieure gauche (dos. AI 31/121).

4.3 En raison de douleurs dorsales persistantes avec exacerbation à l'effort et irradiation occasionnelle diffuse et non systématique dans les deux membres inférieurs, principalement à la face antérieure et à la face externe des cuisses, l'assuré s'est soumis à un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) le 21 décembre 2017 (dos. AI 31/79), puis a été examiné par un spécialiste en neurologie. Du rapport médical y relatif du 22 janvier 2018, il ressort les diagnostics (en plus de ceux déjà évoqués par les spécialistes en orthopédie susmentionnés; voir c. 4.2 ci-dessus), de syndrome douloureux lombaire chronique persistant et non spécifique, de diagnostic différentiel d'irritation myo-fasciale et déconditionnement musculaire dans le cadre d'une discopathie lombo-sacrée dégénérative modérée ou encore les diagnostics d'obésité, de status après ostéotomie de correction de la tête tibiale gauche en mars 2017 pour une malformation complexe et d'état de stress post-traumatique avec syndrome dépressif sous traitement psychiatrique (dos. AI 31/77).

4.4 Une intervention chirurgicale a été pratiquée le 13 février 2018 par les spécialistes en orthopédie d'une clinique orthopédique d'un hôpital régional. Celle-ci a visé une ténotomie du court et du long fléchisseur des orteils du pied gauche, une arthrodèse de l'articulation inter phalangienne proximale au pied gauche, ainsi qu'une infiltration à la cheville supérieure droite (dos. AI 31/75).

4.5 Dans un rapport du 12 juin 2018 rédigé par les spécialistes en orthopédie d'une clinique orthopédique d'un hôpital régional, ont été cités les diagnostics de forte arthrose de l'articulation acromio-claviculaire ainsi que conflit antéro-supérieur avec soupçon de tendinopathie du biceps

gauche, de même qu'une parésie fonctionnelle du bras avec signes de dénervation de la coiffe des rotateurs à droite (dos. AI 31/58). Les médecins ont donc procédé à une intervention consistant en une ténotomie puis une ténodèse du tendon du long biceps gauche ainsi qu'une résection arthroscopique de l'articulation acromio-claviculaire gauche le 20 juin 2018 (dos. AI 31/54).

4.6 En raison de la découverte par un spécialiste en neurologie d'une fracture de la vertèbre lombaire (L1) avec œdème médullaire persistant (dos. AI 31/46, 31/45 et 31/44), l'assuré a subi une intervention de cyphoplastie le 18 septembre 2018 (dos. AI 31/42), dont l'évolution postopératoire a été jugée positive en octobre 2018 (dos. AI 31/40).

4.7 Suite à la persistance de douleurs au pied droit, tant les spécialistes en orthopédie d'une clinique orthopédique d'un hôpital régional (dos. AI 31/53) que l'orthopédiste traitant du recourant (dos. AI 31/48) ont préconisé une opération de ténotomie du court et du long fléchisseur des orteils ainsi que d'une arthrodèse de l'articulation inter phalangienne proximale au pied droit (intervention déjà pratiquée au pied gauche en février 2018). L'assuré s'est soumis le 28 janvier 2019 à une telle intervention laquelle a finalement porté sur une arthrodèse de l'arrière-pied droit, une compression tibio-talienne, une résection des ostéophytes dorsaux à l'interligne de Lisfranc droit; dos. AI 31/31 et 31/35). En raison de la persistance des plaintes de l'assuré dans l'avant du pied droit (dos. AI 31/28), une nouvelle opération a été réalisée le 20 mai 2019 laquelle a visé une ténotomie du fléchisseur des orteils du pied droit ainsi qu'une arthrodèse de l'articulation inter phalangienne au pied droit (dos. AI 31/25). En dépit de cette intervention, des douleurs au 4^{ème} et 5^{ème} orteils sont survenues chez le recourant (dos. AI 31/22), conduisant les spécialistes en orthopédie d'une clinique orthopédique d'un hôpital régional à procéder à une nouvelle intervention, laquelle s'est déroulée le 21 juillet 2020 (résection de l'articulation inter phalangienne proximale IV et V à gauche et arthrodèse de l'articulation inter phalangienne proximale au pied gauche; dos. AI 31/19 et dos. AI 31/16).

4.8 L'assuré s'est encore plaint de douleurs à l'avant du pied droit ainsi que de douleurs dorsales (rapport du 31 mai 2021; dos. AI 65/19), qui l'ont

amené à consulter des spécialistes en chirurgie spinale le 2 juin 2021 (rapport du 12 juin 2021; dos. AI 65/15). Ceux-ci ont préconisé un nouvel examen d'IRM (examen du 7 juin 2021), lequel a relevé une diminution de la lordose lombaire, une petite hernie médiolatérale gauche avec déchirure de l'annulus fibrosus, ainsi qu'une spondylarthrose (rapport du 14 juin 2021; dos. AI 65/13). Les médecins ont procédé à des infiltrations en juillet et octobre 2021 (rapport du 28 octobre 2021; dos. AI 65/4).

4.9 Sur recommandation de son SMR (rapport du 11 mai 2021; dos. AI 40/1), l'Office AI Berne a organisé une expertise pluridisciplinaire couvrant les domaines neurologique, orthopédique, psychiatrique et de la médecine interne. Dans leur évaluation consensuelle du 29 septembre 2021, les experts ont retenu les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif léger (CIM-10 F32.0), d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM-10 F45.41), douleurs au niveau des membres inférieures (CIM-10 M79.60/T93.2/Z98.8/Z98.1), douleurs chroniques au niveau de la région scapulaire (CIM-10 M79.61/Z98.8), douleurs chroniques au niveau de la région du membre supérieur droit dominant (CIM-10 79.60), trouble complexe de la marche en séquelles de poliomyélite (CIM-10 B91), scapula alata gauche en cas de suspicion de lésion du nerf thoracique long d'étiologie indéterminée (CIM-10 G58.8). Sans influence sur la capacité de travail, ont été mentionnés les diagnostics de lombalgie basse chronique et douleurs au niveau de la région pelvienne et cuisse (CIM-10 M54.5/M79.65/T91.1/Z98.8), de syndrome métabolique, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac: Utilisation nocive pour la santé (CIM-10 F17.1) et de status après excision d'un carcinome spinocellulaire de la lèvre inférieure (p. 7 et 8 expertise [référence au dos. AI illisible]). Au terme de leur consensus, les experts ont retenu une capacité de travail et de rendement de 70%, dans l'ancienne activité de fonctionnaire ainsi que dans une activité adaptée (activité comprenant des sollicitations physiques très légères, avant tout en position assise et avec la possibilité de modifier la position; p. 10 expertise).

4.10 Le généraliste traitant a fait suite au préavis de l'Office AI Berne et a rédigé un rapport daté du 15 novembre 2021. Dans cet écrit, le médecin a contesté l'appréciation des experts selon laquelle le recourant serait capable de travailler à hauteur de 70%. Il a en particulier indiqué que l'assuré souffrait de douleurs et qu'il n'était pas en mesure de rester assis plus de trente minutes ou encore qu'il ne pouvait se déplacer sans béquilles (dos. AI 65/1). Dans un document daté du 2 décembre 2021, les spécialistes en chirurgie spinale ont relevé qu'en raison des douleurs dorsales chroniques de l'assuré, les activités comprenant le port de charges, des changements répétitifs de position, de la position assise à la position debout, devraient être évitées (dos. AI 66/11). Les spécialistes en orthopédie d'une clinique orthopédique d'un hôpital régional ont également réagi suite au rapport d'expertise susmentionnée (voir c. 4.9 ci-dessus). Dans leur écrit du 3 décembre 2021, ils ont précisé qu'une activité dans laquelle l'assuré devait rester debout ou marcher n'était pas envisageable au vu des problèmes de pieds de l'assuré (dos. AI 66/12). Finalement, d'un point de vue psychiatrique, le psychiatre traitant de l'assuré a également rédigé un rapport daté du 30 novembre 2021 dans lequel il a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (CIM-10 F62.0), état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), trouble dépressif récurrent, épisode moyen (CIM-10 F33.11) et douleurs psychosomatiques (CIM-10 F45). Le psychiatre a évalué la capacité de travail de son patient entre 50% et 60% (dos. AI 66/8).

4.11 L'assuré a encore fait parvenir au Tribunal, en annexe à son recours, un rapport daté du 15 décembre 2021 de spécialistes en neurologie d'un centre hospitalier régional dans lequel ceux-ci ont posé les diagnostics de polyneuropathie, d'origine probablement diabétique, important processus de dénervation des muscles du quadriceps droit, lombalgies chroniques, fortes limitations de mouvement des pieds et des orteils des deux côtés, de nature non neurogène, limitations de mouvement douloureuses dans l'épaule droite (dos. AI 68/2).

5.

5.1 Dans un premier temps, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021.

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 L'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021 comprend une appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle) du 29 septembre 2021 synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la médecine interne, la psychiatrie, l'orthopédie et la neurologie, ainsi que les rapports ou résultats partiels relatifs à ces investigations spécialisées (dos. AI 33.1). Elle s'appuie sur le résultat des examens personnels spécialisés complets de l'assuré (lors desquels un traducteur était présent), prenant en considération tous les avis médicaux antérieurs. Elle s'inscrit par ailleurs dans un contexte médical défini que les experts ont veillé à rendre aussi concret et exact que possible en établissant une anamnèse complète (familiale, professionnelle, sociale ou encore médicale). Elle prend en compte les plaintes subjectives de l'assuré. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale pluridisciplinaire à laquelle ont procédé les experts, dont rien ne permet de douter des qualifications. Les conclusions de ces derniers ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 5.2 ci-dessus).

5.4 Il convient encore d'examiner si l'expertise pluridisciplinaire convainc sur le plan matériel.

5.4.1 D'un point de vue somatique d'abord, les experts en orthopédie, en neurologie, ainsi qu'en médecine interne ont recensé les plaintes de l'assuré et leur ont cherché d'éventuelles causes objectives. C'est ainsi que l'expert orthopédiste a tout d'abord procédé à un examen clinique très détaillé, puis qu'il a analysé les imageries au dossier, avant de confronter les résultats de ces examens aux plaintes de l'assuré. Fort de ces informations et sans minimiser les limitations fonctionnelles aux membres inférieurs causées par la poliomyélite (et par les nombreuses opérations chirurgicales en lien avec cette maladie), c'est de façon probante que le spécialiste a constaté que les troubles présentés de manière très diffuse à l'anamnèse et à l'examen clinique ne pouvaient être entièrement justifiés par les résultats cliniques et radiologiques (p. 43 expertise). Il s'est en particulier étonné de l'ampleur des limitations fonctionnelles évoquées par le recourant (notamment aux lombaires), qui ne correspondaient, selon lui, pas aux résultats radiologiques de la colonne vertébrale (p. 43 expertise). L'expert est d'autant plus convaincant qu'il a soigneusement examiné et commenté les rapports médicaux antérieurs au dossier et qu'il les a comparés aux résultats de son examen clinique. A ce titre, pour contrer le diagnostic de spondylarthrose posé par les spécialistes en chirurgie spinale du 14 juin 2021 (voir c. 4.8 ci-dessus) et asseoir la thèse d'une composante non organique des symptômes, l'expert a souligné de manière convaincante l'absence de réponse à l'infiltration lombaire effectuée en juillet 2021 (p. 43 expertise; voir c. 4.8 ci-dessus). Les plaintes et douleurs de l'assuré n'ont ainsi pas été ignorées par l'expert. Celui-ci a toutefois considéré, au vu des résultats cliniques, qu'elles n'étaient pas explicables d'un point de vue orthopédique (p. 43 expertise). En ce sens, c'est de façon pleinement cohérente que l'expert orthopédiste a retenu un profil d'exigibilité (activité comprenant des sollicitations physiques très légères, avant tout en position assise) tenant précisément compte des limitations fonctionnelles mentionnées aux membres inférieurs et excluant celles qu'il n'avait pas retenues (en lien avec les douleurs lombaires), à un taux de 90% (prise en compte d'une diminution de rendement de 10% en raison du besoin de pause augmenté; p. 44 expertise). De son côté, l'expert

neurologue a mis en évidence, au terme d'un examen clinique poussé (voir p. 48 expertise), des limitations significatives dans la position debout ainsi que dans la marche qu'il a mises sur le compte d'un état de poliomyélite bilatérale accentuée à droite des jambes (suivie de diverses interventions et fractures; p. 49 expertise). Quant aux douleurs évoquées par le recourant dans la région du bras, il a considéré qu'aucun déficit ne pouvait être objectivé et a constaté une légère dépression de l'épaule, sans toutefois que l'anamnèse ne fournisse d'élément probant sur l'étiologie possible (p. 49 expertise). Enfin, la question de savoir si les douleurs au niveau de l'épaule gauche pouvaient être d'origine neurologique a également fait l'objet d'examens et cette hypothèse a aussi été écartée par l'expert. Ce dernier a en effet expliqué de manière convaincante que de telles douleurs s'expliquaient par les diverses interventions chirurgicales au niveau de la mécanique de l'articulation de l'épaule. Il n'a toutefois pas manqué de préciser que l'ampleur de ces douleurs devait être examinée et pondérée dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux (expertise p. 49). A l'issue de son analyse complète, l'expert neurologue a donc logiquement observé qu'une partie des troubles s'expliquait par des raisons organiques, mais que ceux-ci étaient essentiellement masqués par un trouble fonctionnel (p. 50 expertise). Les conclusions et diagnostics posés par l'expert rejoignent pour l'essentiel les appréciations des différents spécialistes en neurologie ayant examiné l'assuré ces dernières années. En effet et d'un point de vue purement neurologique, les praticiens n'ont pas non plus trouvé de causes objectives à toutes les plaintes de l'assuré, en particulier en ce qui concerne les douleurs lombaires. C'est ainsi qu'un spécialiste en neurologie a par exemple mentionné, dans un rapport du 22 janvier 2018, un diagnostic de syndrome douloureux lombaire chronique persistant et non spécifique (dos. AI 31/77, voir c. 4.3 ci-dessus). Cette appréciation est renforcée par les conclusions de l'expert orthopédique lequel a également constaté que les importantes limitations invoquées par l'assuré n'étaient pas vérifiables cliniquement (p. 43 et 50 expertise). Par conséquent, l'expert neurologue a retenu avec cohérence que l'assuré était capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité essentiellement en position assise et avec la possibilité de modifier la position (p. 50 et 51 expertise). Finalement, les conclusions retenues par l'expert en médecine

interne générale s'avèrent, elles aussi, logiques et bien étayées. Ainsi, après avoir procédé à des examens cliniques complets, c'est de façon cohérente que l'expert est arrivé à la conclusion qu'aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail ne pouvait être retenu. La pleine capacité de travail (sans diminution de rendement), dans une activité adaptée qu'il en résulte n'est pas contestable et aucun élément au dossier ne la remet en cause (p. 26 expertise).

5.4.2 S'appuyant sur plusieurs rapports de ses médecins traitants, le recourant est d'avis que c'est à tort que les experts ont estimé que le syndrome douloureux chronique lombaire et du fessier gauche n'avait aucune influence sur sa capacité de travail. S'agissant en particulier des douleurs lombaires ressenties par le recourant, les médecins traitants ont certes retenu que celui-ci n'était pas en mesure de rester assis et qu'il devait ensuite se coucher pour soulager les douleurs (voir rapports des 12 juin 2021 des spécialistes en chirurgie spinale [dos. AI 65/15 et voir c. 4.8 ci-dessus], et du 15 novembre 2021 du généraliste [dos. AI 65/1 et voir c. 4.10 ci-dessus]). Force est toutefois de constater que dans leurs écrits, les médecins ne se sont pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail causée par ces douleurs lombaires mais se sont contentés de rapporter les plaintes (subjectives) de l'assuré sans mettre en avant de cause objective à l'origine de ceux-ci. Pour le surplus, seul un syndrome douloureux lombaire chronique persistant et non spécifique (dos. AI 31/77, voir c. 4.3 ci-dessus) ou encore une spondylarthrose ont été évoqués par les spécialistes (dos. AI 65/13; voir c. 4.8 ci-dessus). S'agissant toutefois de ce dernier diagnostic, ainsi que cela ressort de ce qui précède, l'expert orthopédiste l'a exclu de façon convaincante (voir c. 5.4.1 ci-dessus). Quant à la fracture vertébrale décelée en septembre 2018, celle-ci a été corrigée par une intervention de cyphoplastie le 18 septembre 2018 (dos. AI 31/42) et l'évolution postopératoire a été jugée positive par l'assuré en octobre 2018 (dos. AI 31/40; voir c. 4.6 ci-dessus). Le recourant ne saurait par ailleurs tirer arguments des différents rapports médicaux rédigés après l'établissement de l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021 (voir c. 4.10 et 4.11 ci-dessus), dans la mesure où ceux-ci n'apportent aucun élément ou diagnostic qui n'aurait pas été discuté par les experts. En particulier, en posant leur diagnostic de lombalgies chroniques (provoqué

selon eux par des modifications dégénératives de la colonne vertébrale; dos. AI 68/2; voir c. 4.11 ci-dessus), les spécialistes en neurologie d'un centre hospitalier régional se sont expressément référés à l'appréciation des spécialistes en chirurgies spinales du 14 juin 2021 (dos. AI 65/13; voir c. 4.8 ci-dessus). Or, ainsi que cela ressort de ce qui précède, le diagnostic de spondylarthrose a été discuté, puis écarté par l'expert orthopédiste avec une argumentation concluante (voir c. 5.4.1 ci-dessus). Pour le surplus, on retiendra que les rapports des 28 octobre, 2 et 3 décembre 2021 des médecins traitants, déjà évoqués plus haut (voir c. 4.10 ci-dessus), ne sont en aucune manière en mesure de mettre en doute la capacité de travail résiduelle estimée par les experts. En effet, ils se contentent de décrire de manière générale les troubles dont souffre leur patient et ne prennent pas concrètement position sur la capacité de travail de ce dernier.

5.4.3 L'assuré reproche encore aux experts de n'avoir pas tenu compte de son incapacité à se déplacer sans béquilles, dans la mesure où, selon lui, l'activité adaptée retenue par les experts, et qui consiste en une alternance entre la position assise et la position debout, n'est pas envisageable. N'en contredise le recourant, ni l'expert orthopédiste, ni l'expert neurologue, n'ont remis en cause le besoin de l'assuré de se déplacer en béquilles. Au contraire, ils ont tous les deux constaté la marche au moyen de béquilles (p. 42 et 47 expertise). A ce titre, et comme cela ressort de ce qui précède (voir c. 5.4.1 ci-dessus), l'expert neurologue a souligné les importantes limitations dans la position debout ainsi que dans la marche qu'il a mises sur le compte d'un état de poliomyélite bilatérale accentuée à droite des jambes (suivie de diverses interventions et fractures; p. 49 expertise). Par conséquent, c'est en pleine connaissance des limitations fonctionnelles de l'assuré et de la nécessité pour celui-ci d'utiliser des béquilles, que les experts ont retenu les activités raisonnablement exigibles susmentionnées (voir c. 5.4.1 ci-dessus). On précisera en outre que les experts n'ont pas retenu une activité permettant une véritable alternance entre les positions debout et assise, mais bien plus une activité essentiellement assise offrant occasionnellement une possibilité de changement de position.

Dans ces conditions, la valeur probante des volets orthopédique, neurologique ou en médecine interne générale ne saurait être remise en cause par les avis des médecins traitants de l'assuré.

5.4.4 Sur le plan psychiatrique, l'expert a énuméré avec soin les éléments qui l'ont conduit à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM-10 F45.41; à savoir: contexte de l'immigration, des tortures subies auparavant, de la situation financière précaire, du manque de perspectives) ou encore le diagnostic d'épisode dépressif léger (CIM-10 F32.0; à savoir déception et frustration à propos de sa vie, absence de perspective, se sent en prison dans son petit appartement, comportement agressif ou encore jalousie; p. 32 expertise). S'agissant de ce dernier diagnostic, l'expert s'est distancié de manière convaincante du diagnostic de dépression sévère qui avait pourtant été mis en avant par les médecins des SPU en 2013 (dos. AI 33/10; voir c. 4.1 ci-dessus), en expliquant notamment que l'absence de suivi psychiatrique ou de prise d'antidépresseur depuis 2018 indiquait que l'assuré ne se considérait pas subjectivement comme gravement dépressif (p. 33 expertise). Quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), l'expert a précisé qu'il était de faible gravité (p. 34 expertise). Les explications de l'expert s'agissant des diagnostics retenus convainquent tant par leur motivation que dans leurs conclusions. En ce qui concerne la capacité de travail, l'expert a analysé minutieusement les ressources et difficultés de l'assuré pour retenir une capacité de travail de six à sept heures par jour avec une diminution de rendement, soit une capacité de travail et de rendement totale de 70% (p. 34 expertise) dans une activité adaptée (activité légère). Quant aux conclusions médicales divergentes du psychiatre traitant figurant dans l'écrit du 30 novembre 2021 (en particulier quant à l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen [CIM-10 F33.11]; dos. AI 66/8), elles ne sauraient emporter la conviction du TA. Le psychiatre traitant ne mentionne en effet aucun élément qui n'aurait pas été examiné par l'expert psychiatre et n'étaye pas les raisons qui l'ont conduit à retenir un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. En ce sens, l'évaluation de la capacité de travail (capacité de travail de 50 à 60%) telle que définie par le psychiatre traitant ne peut être retenue.

5.4.5 Finalement, l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des atteintes concernées et de leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. C'est ainsi de manière pleinement probante qu'ils se sont mis d'accord, au terme de leur consensus, sur une capacité de travail de six à sept heures par jour avec une diminution de rendement pour besoin de pause augmenté en raison des diagnostics de dépression, d'état de stress post-traumatique, du syndrome douloureux somatoforme, du trouble complexe de la marche ou encore des troubles de l'appareil locomoteur, soit une capacité de travail et de rendement de 70%, dans une activité adaptée (activité comprenant des sollicitations physiques très légères, avant tout en position assise et avec la possibilité de modifier la position; p. 10 expertise).

5.5 Au vu du développement ci-avant, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021. Il y a donc lieu d'admettre, comme l'ont attesté les experts, que le recourant présente une capacité de travail et de rendement de 70% dans une activité adaptée (voir c. 5.4.5 ci-dessus). Par ailleurs, cette capacité de travail existe depuis de nombreuses années mais dans tous les cas depuis le dépôt de la demande de prestations AI en mars 2021 (p. 10 expertise).

6.

6.1 Il a été admis ci-dessus (voir c. 5.4.4) que l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021, en particulier le volet psychiatrique revêt une pleine valeur probante. Bien que cet élément ne soit pas contesté par le recourant, il convient encore de déterminer si les appréciations de l'expert psychiatre, cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique, peuvent être suivies sous l'angle juridique du droit de l'AI.

6.2 Conformément à la volonté claire du législateur exprimée à l'art. 7 al. 2 LPGA, il y a lieu d'admettre en vertu d'une approche objective que la personne assurée est en principe valide (ATF 141 V 281 c. 3.7.2). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

6.3 En l'occurrence, l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021 (volet psychiatrique) répond aux questions posées par l'Office AI spécifiques au modèle du catalogue structuré. Elle permet ainsi d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. Ainsi, à un premier niveau et bien que l'expert psychiatre ait constaté que l'incapacité de travail totale alléguée par le recourant ne s'expliquait pas d'un point de vue psychiatrique (p. 33 expertise), il n'a pas observé chez l'assuré de motif d'exclusion (premier niveau; ATF 141 V 281 c. 2.2 et 2.2.1, SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Concernant le deuxième niveau, le spécialiste a étayé la (légère) gravité des diagnostics retenus par le fait que l'intéressé, avant son immigration en Suisse, et nonobstant ses pathologies somatiques (poliomyélite depuis l'enfance) a pu bénéficier d'une formation, puis d'un emploi stable dans son pays d'origine (p. 32 expertise). Il y a donc lieu d'en déduire que l'assuré dispose de ressources. Toujours dans le contexte du degré de gravité fonctionnel et s'agissant en particulier du critère relatif au succès du traitement, l'expert a observé l'absence de suivi psychiatrique depuis 2018 (p. 33 expertise). Ce constat l'a amené à conclure à la faible gravité des diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif léger (p. 34 expertise). Si l'expert n'a pas omis de mentionner l'existence d'un contexte social défavorable (tensions dans le couple, absence d'intégration en Suisse, méconnaissance des langues nationales, assuré bénéficiant de l'aide sociale) comme facteur de contrainte, il a néanmoins également souligné le soutien de sa femme et de ses enfants ou encore de quelques amis (p. 34 expertise). Finalement, l'expert n'a pas soulevé d'incohérence entre les activités habituelles de l'assuré d'une part, et dans les autres domaines de la vie d'autre part, puisqu'il a relevé que l'assuré passait ses journées dans son appartement à regarder des vidéos (p. 34 expertise). Dès lors, au vu de l'examen méticuleux et détaillé des indicateurs par l'expert psychiatre, les conclusions de celui-ci, qui considère que les atteintes énumérées

engendrent une légère diminution de la capacité de travail et de rendement (70%), apparaissent comme étant convaincantes et fondées.

7.

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

7.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2).

7.2 La détermination de l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus dépend d'abord de l'échéance du délai d'attente d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40% (art. 28 al. 1 LAI) et du moment à partir duquel un droit à une rente AI pourrait être reconnu à l'assuré, c'est-à-dire en fonction du délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir ses droits (art. 29 al. 1 LAI). Aucune incapacité de travail n'a été médicalement attestée au moment du dépôt de la demande de prestations AI (dos. AI 19 et 20), mais selon les experts, la capacité de travail et de rendement de 70% existe depuis de nombreuses années (p. 10 expertise). En tout état de cause, le délai de carence de six mois est arrivé à échéance le 22 septembre 2021 (formulaire de demande daté du 16 mars 2021 [dos. AI 20/8] et expédié le 22 mars 2021 [dos. AI 20/10]). Il découle de ces circonstances que l'année

de référence pour la comparaison des revenus est bien 2021, comme l'a retenu à juste titre l'intimé.

7.3 En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, force est de constater que l'assuré n'a jamais exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 2012. Dans ces circonstances et lorsque des indices concrets déterminants font défaut pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, il faut se rabattre sur des valeurs statistiques comme celles prises en compte dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2019 UV n° 40 c. 6.2.3). Selon celles-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'417.- (ESS 2018, Tableau TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe", Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], "hommes") ou Fr. 65'004.- par an. Dans la mesure où le recourant n'exerçait pas d'activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 5.4.5 ci-dessus) au moment de la décision contestée, il y a lieu de se fonder, s'agissant du revenu avec invalidité, sur la même base de données statistiques. Dans ces circonstances particulières, une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent suffit. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Il est donc superflu de procéder à une comparaison des revenus; les salaires de base à prendre en compte sont en effet identiques. Il y a donc lieu de retenir que le degré d'invalidité du recourant correspond à son taux d'incapacité de travail attesté médicalement, à savoir 30%.

7.4 Se pose encore la question d'un abattement à appliquer sur le revenu d'invalidité, ce qu'a nié l'Office AI Berne. A cet égard, il faut tenir compte du fait 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).

Contrairement à ce que soutient le recourant, des difficultés linguistiques importantes (TF 8C_434/2017 du 3 janvier 2018 c. 7.3.2 et les références citées) ou encore l'absence de formation certifiée (TF 8C_378/2019 du 18 décembre 2019 c. 6.2.3) ne constituent pas des facteurs d'abattement par rapport au niveau 1 de la table ESS (qui comprend de nombreuses activités physiques ou manuelles simples). S'agissant ensuite des limitations fonctionnelles énumérées par l'intéressé et justifiant selon lui un abattement de 25%, force est de constater qu'elles ont, pour la majorité d'entre elles, déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical et en particulier s'agissant de la diminution de rendement. En effet, il ressort de ce qui précède que les experts se sont mis d'accord pour retenir une capacité de travail de six à sept heures par jour tenant compte d'une diminution de rendement pour besoin de pause augmenté en raison des diagnostics de dépression, d'état de stress post-traumatique, du syndrome douloureux somatoforme, du trouble complexe de la marche ou encore des troubles de l'appareil locomoteur, soit une capacité de travail globale et de rendement de 70%, dans une activité adaptée (voir c. 5.4.5 ci-dessus). Or, ainsi que l'a justement rappelé l'Office AI Berne dans son mémoire de réponse du 14 avril 2022, ces limitations 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). Certes, les experts n'ont pas intégré le syndrome douloureux chronique lombaire et fessier gauche dans l'évaluation de la capacité de travail et de rendement de l'assuré. Toutefois

et comme mentionné ci-dessus (voir c. 5.4.2), ni les médecins traitants de l'assuré, ni les experts n'ont mis en évidence de cause objective à l'origine de ce syndrome, de sorte qu'on ne saurait admettre qu'il est propre à influencer les perspectives salariales du recourant. Quant au (jeune) âge du recourant (42 ans au moment de l'établissement de l'expertise pluridisciplinaire de septembre 2021), à la prise quotidienne de médicaments ou encore au suivi médical poussé de l'intéressé, on ne voit pas en quoi ils constitueraient des obstacles à l'exigibilité d'exploitation de la capacité de travail résiduelle.

Il s'ensuit qu'aucun des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte au cas particulier n'est de nature à désavantager le recourant au moment d'un éventuel engagement. Il ne se justifie dès lors pas de procéder à des concessions salariales pour lui permettre de rester compétitif sur le marché du travail. C'est dès lors également à raison que l'intimé a refusé de procéder à un abattement sur le revenu statistique avec handicap.

7.5 En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

8.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

8.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - 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).