

200.2022.615.AI
N° AVS
KUQ/EGC

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

Jugement du 4 avril 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
Q. Kurth, greffier

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 12 septembre 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1986, marié et père d'un enfant né en 2016, s'est établi en Suisse en 2014. Sans formation qualifiée, il a travaillé en dernier lieu en tant qu'opérateur au lavage auprès d'une manufacture horlogère à un taux de 100% du 29 janvier 2016 au 24 février 2017. En raison d'un arrêt cardio-respiratoire sur fibrillation ventriculaire survenu le 27 février 2017, l'assuré a été hospitalisé le jour même dans un hôpital universitaire jusqu'au 20 mars 2017, puis transféré dans un hôpital cantonal pour une rééducation jusqu'au 12 avril 2017. L'assuré n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors et a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance perte de gain en cas de maladie de son ancien employeur. Il a alors requis, au moyen d'un formulaire du 4 septembre 2017, des prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI). Il a ensuite obtenu le soutien des services sociaux dès 2019.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des informations du dernier employeur et le dossier en possession de l'assureur perte de gain précité. Ce dernier a notamment produit divers avis médicaux émanant du médecin généraliste traitant et d'un centre hospitalier universitaire du pays d'origine de l'assuré. En possession également de la documentation médicale des hôpitaux universitaire et cantonal dans lesquels l'assuré avait été pris en charge, l'Office AI Berne s'est en outre procuré une expertise cardiologique du 27 février 2018, mise en œuvre par l'assureur perte de gain en cas de maladie. Le 8 février 2018, l'Office AI Berne a communiqué à l'assuré qu'en l'état, aucune mesure de réadaptation n'était envisageable. Il a ensuite sollicité le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est déterminé le 27 novembre 2018. En suivant l'avis de ce service, l'autorité précédente a requis des rapports neurologique, neuropsychologique, ophtalmologique et génétique auprès des services compétents de l'hôpital universitaire. Il a aussi recueilli un

nouvel avis du médecin traitant, du 13 février 2019. Après avoir actualisé la documentation médicale, notamment par des rapports du service de neurologie et d'une spécialiste en génétique de l'hôpital universitaire, l'Office AI Berne a pris une nouvelle fois conseil auprès du SMR, qui s'est prononcé le 14 juillet 2019, puis a diligenté deux expertises sur les plans neuropsychologique et ophtalmologique, lesquelles ont été rédigées les 23 et 25 septembre 2019. Toujours en suivant des avis du SMR, soit des 16 décembre 2019 et 31 janvier 2020, l'Office AI Berne a diligenté une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, neurologie, neurophysiologie, ophtalmologie et psychiatrie, dont les conclusions ont été rédigées le 12 février 2021. Sur ce fondement et par un préavis du 29 septembre 2021, il a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2018. Nonobstant les objections formulées le 27 octobre 2021 par l'assuré, l'Office AI Berne a confirmé ce préavis par décision du 12 septembre 2022.

C.

Par mémoire du 13 octobre 2022, l'assuré, désormais représenté par une mandataire professionnelle, a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Dans son recours, qui a été accompagné d'une requête d'assistance judiciaire, il a conclu, sous suite de frais et dépens, sous réserve des règles relatives à l'assistance judiciaire, à l'annulation de cet acte et, principalement, au constat d'un degré d'invalidité de 100%, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} mars 2018, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire comprenant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision. Le 4 novembre 2022, en réaction à une ordonnance du 14 octobre 2022, le recourant a complété sa requête d'assistance judiciaire. Dans sa réponse du 9 novembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 21 novembre 2022, l'avocate du recourant a remis sa note d'honoraires. Dans le délai qui lui a été accordé pour ce faire suite à un écrit de sa part du 12 mars 2024, elle a finalement produit une substitution de procuration en faveur de l'un de ses associés, reprenant la défense du recourant.

En droit:

1.

1.1 La décision du 12 septembre 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit du droit des assurances sociales et reconnaît un droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2018. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision (en tant qu'elle n'alloue pas plus d'une demi-rente) et, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis cette date et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction, organise une nouvelle expertise pluridisciplinaire, puis rende une nouvelle décision. Est particulièrement critiqué la valeur probante de l'expertise du 12 février 2021.

1.2 Au vu des motifs du recours, la conclusion en constatation d'un degré d'invalidité de 100% doit être considérée comme une motivation à l'appui de la conclusion principale visant l'octroi d'une rente entière (voir entre autres JTA AI/2023/13 du 13 août 2023 c. 1.2). Elle ne pose ainsi pas de problème de recevabilité, que ce soit quant à l'intérêt digne d'être protégé qui devrait justifier une véritable conclusion en constat (art. 49 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) ou quant au principe de la subsidiarité des décisions de cette nature (ATF 122 V 28 c. 2b).

1.3 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représenté par une mandataire dûment constituée, qui a ensuite substitué sa procuration en faveur d'un nouvel avocat, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.4 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]).

1.5 Le TA 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, RO 2021 705) 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 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). Au cas particulier, bien que la décision litigieuse ait été rendue après l'entrée en vigueur du nouveau droit, le droit à la rente litigieux a néanmoins pris naissance antérieurement à cette date (voir c. 6.1), si bien qu'il doit être examiné selon les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir VGE IV/2023/619 du 12 janvier 2024 c. 3.1).

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 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la

santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts médicaux 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 (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'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.

2.5 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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

2.6 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, l'intimé a reconnu un droit à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2018, en se référant à l'expertise du 12 février 2021, à laquelle il a attribué une pleine valeur probante. Il a retenu que le recourant était en mesure d'assumer, à un taux de 100%, des travaux légers aménageant ses capacités visuelles, ce toutefois avec une diminution de rendement de 50%, afin de tenir compte d'un besoin de pauses régulières. Il a ensuite fixé le taux d'invalidité à 50%, en comparant le revenu pouvant être perçu dans de telles activités, avec le dernier salaire obtenu. Il a par ailleurs indiqué qu'avec ses observations, l'assuré n'avait amené aucun élément susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Dans sa réponse, il a encore relevé qu'il n'avait aucunement été fait mention, dans l'expertise, d'une quelconque difficulté de compréhension de la part de l'assuré, estimant que les connaissances linguistiques de celui-ci étaient dès lors suffisantes et que le recours à un interprète n'était pas nécessaire. De son avis, il ne se justifiait ainsi pas de diligenter une nouvelle expertise.

3.2 Le recourant rappelle de son côté qu'il souffre de troubles de la vision, de vertiges, de douleurs, de faiblesses proximales, ainsi que de troubles moteurs, de la mémoire et de la concentration, atteintes qui ne seraient pas réfutées par les experts, qui ne seraient pas subjectives, mais au contraire illustrées au dossier. Aussi, il critique la valeur probante de l'expertise, les entretiens s'étant déroulés en français, qui n'est pas sa

langue maternelle. Il signale que les experts n'ont pas exposé les raisons pour lesquelles ils se sont écartés de l'avis du 26 juin 2018 du service de neurologie de l'hôpital universitaire, qui retenait une incapacité de travail entière depuis cette date. Il est par ailleurs d'avis que le volet neurologique de l'expertise est contradictoire par rapport à l'évaluation du 23 septembre 2019 d'une clinique de la mémoire, l'évolution positive retenue dans l'expertise étant du reste, selon lui, incompréhensible. Il affirme aussi que l'expert n'a pas explicité les motifs qui l'ont conduit à exclure la pathologie mitochondriale relevée par la clinique d'ophtalmologie. Enfin, il déclare qu'à l'instar des vertiges, un flou demeure quant à l'étiologie de la limitation du champ visuel et que l'instruction aurait dû être complétée sur ce point.

4.

En l'espèce, il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

4.1 L'assuré a été pris en charge dans un hôpital universitaire du 27 février au 20 mars 2017, après un arrêt cardio-respiratoire sur fibrillation ventriculaire ayant nécessité deux réanimations (voir dossier [dos.] AI 21/25-28 et dos. AI 23.2/25). Les diagnostics de réanimation extra-hospitalière après fibrillation ventriculaire, d'anomalie de naissance d'une artère coronaire, de fort soupçon de myopathie métabolique (diagnostic différentiel: mitochondriopathie, avec implication cardiaque), de soupçon de syndrome de perfusion au propofol, de troubles de la mémoire à court terme et de trachéobronchite après aspirations répétées ont été posés, dans un rapport du 19 mars 2017 (voir aussi dos. AI 21/7-23). L'assuré a bénéficié de la pose d'un pacemaker et d'un défibrillateur, le 9 mars 2017 (dos. AI 29.2/25). Une incapacité de travail totale a été attestée du 26 février au 6 mars 2017 (dos. AI 28.3/10 s.).

4.2 L'assuré a ensuite été transféré dans le service de réadaptation d'un hôpital cantonal, où il a séjourné du 20 mars au 12 avril 2017. Dans un rapport du 13 avril 2017, le diagnostic de réhabilitation physique post arrêt cardiorespiratoire a été posé. Des troubles neurologiques en investigation, sous forme de vertiges, ainsi que de troubles du champ visuel et de la

mémoire récente, ont aussi été diagnostiqués. Il a été relevé que l'étiologie était incertaine, mais probablement dans le contexte d'une myopathie métabolique, au vu des antécédents familiaux de l'assuré. Une incapacité de travail totale a été attestée du 1^{er} au 30 avril 2017 (dos. AI 23.2/18-20).

4.3 Le 28 avril 2017, le service d'ophtalmologie de l'hôpital universitaire a indiqué qu'aucun signe ophtalmologique ou orthoptique d'un trouble de la motilité oculaire ou d'une rétinite pigmentaire n'avait été décelé, malgré un contexte de suspicion d'une myopathie métabolique (diagnostic différentiel: mitochondriopathie). Une limitation prononcée du champ visuel, causée probablement par un accident ischémique, a cependant été observée. Il a également été fait état de vertiges, d'une sensibilité à l'éblouissement et d'une rapide fatigabilité (dos AI 56/3; voir aussi dos. AI 23.2/16). A noter que, le 20 juillet 2017, le service de neurologie du même hôpital a également retenu le diagnostic (en plus de ceux évoqués dans le rapport du 19 mars 2017; voir c. 4.1) de réduction du champ visuel (dos. AI 23.2/6; voir aussi dos. AI 23.2/9),

4.4 Le médecin interniste traitant s'est aussi prononcé les 21 mai, 11 septembre, 4 décembre 2017 et 21 juillet 2018. Il a retenu les diagnostics de fibrillation ventriculaire (ch. I49.0 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), un arrêt cardiaque réanimé avec succès (ch. I46.0 CIM-10) et des séquelles neurologiques, soit des vertiges (ch. R42 CIM-10), des anomalies du champ de visuel (ch. H53.4 CIM-10), ainsi que des troubles de la mémoire avec amnésie des faits récents (ch. R41.3 CIM-10) qui induiraient, selon lui, une incapacité entière de travail dès le 27 février 2017 (dos. AI 23.2/2, 25/2, 29.1/2, 29.2/23 et 36.2/3; voir aussi dos. AI 29.2/15). Il a attesté des incapacités de travail à 100% du 1^{er} avril 2017 au 13 septembre 2018 (dos. AI 23.2/11, 23.2/14, 23.2/17, 28.3/1-6, 36.2/1-2, 36.2/4, 36.2/13 et 36.2/17).

4.5 Au moyen d'un écrit du 22 novembre 2017, le service de neurologie de l'hôpital universitaire a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 20 juillet 2017 (voir c. 4.3) et a relevé que la situation restait inchangée depuis la consultation du 21 septembre 2017. Il a observé que la distance de marche était toujours limitée à 3 km (30 à 60 minutes), avec une douleur

limitante. Il a aussi mis en évidence une restriction du champ visuel et une hypertrophie des mollets, sans parésie associée, avec des douleurs plutôt liées à l'effort et qui ne nécessitaient pas la prise d'analgésiques selon l'assuré (dos. AI 60/29). Le 1^{er} juin 2018, il a répété ses diagnostics et confirmé que l'état de santé demeurait inchangé (dos. AI 36.2/9).

4.6 Dans un rapport du 27 février 2018, un spécialiste en cardiologie a évoqué les résultats de ses examens et a déclaré que le bilan clinique était normal. Il a conclu que l'assuré souffrait de troubles surtout neurologiques, en lien avec des séquelles de la réanimation, qui avait occasionné une amputation des champs visuels, des vertiges à l'effort et des troubles mnésiques. Sur le plan cardiaque et hormis une importante asthénie, il a exclu toute limitation fonctionnelle pour les efforts de la vie courante mais a ajouté qu'il était, selon lui, difficile d'envisager une activité professionnelle, au vu de la situation médicale globale (dos. AI 29.2/2 et 29.2/9; voir également dos. AI 60/11).

4.7 Par envoi du 11 juin 2018, une spécialiste en neurologie de l'hôpital cantonal a diagnostiqué une amnésie antérograde, une instabilité à la marche, des vertiges et une hémianopsie latérale bitemporale suite à un arrêt cardiaque sur fibrillation ventriculaire, de même qu'une forte suspicion de myopathie métabolique (diagnostic différentiel: mitochondriopathie avec cardiopathie) et une hémianopsie temporale gauche. Il a surtout évoqué la présence de douleurs musculaires persistantes, d'une instabilité à la marche, ainsi que d'une sensation de vertiges. Il a ajouté qu'une adaptation des lunettes portées par l'assuré était envisagée (dos. AI 60/14).

4.8 Le 26 juin 2018, le service de neurologie de l'hôpital universitaire a répété ses diagnostics et signalé que l'assuré n'était pas en mesure de travailler, du fait de myalgies prononcées, de vertiges et de limitations du champ visuel. L'exercice d'une activité a été jugée possible à 50% au plus, mais dans une activité en position surtout assise, avec une concentration et une capacité d'assimilation limitées (dos. AI 36.2/5). Le 10 septembre 2018, il a fait état d'une réduction des myalgies et d'une amélioration des performances, puisque l'assuré était en mesure de rouler à vélo 30 à 40 minutes avec toutefois l'apparition de douleurs musculaires, ainsi qu'une persistance des vertiges (dos. AI 60/8).

4.9 Le SMR, par un médecin interniste, spécialisé en rhumatologie, s'est déterminé le 27 novembre 2018. Il a alors retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de probable myopathie héréditaire avec atteinte cardiaque et valvulopathie (insuffisance mitrale et tricuspидienne). En mentionnant une maladie musculaire génétique intéressant le muscle périphérique et cardiaque, qui avait conduit une dizaine de fois à un trouble du rythme cardiaque malin (fibrillation ventriculaire), le spécialiste du SMR a estimé qu'un profil d'exigibilité ne pouvait pas encore être posé et que les études génétiques devaient être poursuivies (dos. AI 43/3).

4.10 Le médecin traitant a remis à l'intimé un écrit du 13 février 2019, dans lequel il a confirmé ses diagnostics, de même que l'incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 27 février 2017. Il a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, des vertiges accompagnés d'une instabilité à la marche, une amputation du champ visuel, une limitation de la vision, des troubles de la mémoire et des angoisses. Il a exclu la possibilité d'une reprise du travail et conclu qu'aucune activité n'était exigible (dos. AI 53/2).

4.11 Sur question de l'intimé, le service de neurologie de l'hôpital universitaire a précisé le 14 février 2019 que l'assuré était bien orienté et que le statut cérébral était sans particularité. Il a toutefois fait état d'une réduction du champ de vision, d'une hypertrophie du mollet des deux côtés et d'une limitation de la marche sur les deux talons (dos. AI 56/1).

4.12 Après avoir ressenti un élancement au niveau thoracique, avec une douleur électrisante dans le bras gauche, l'assuré s'est présenté, le 24 février 2019, au service d'urgences de l'hôpital cantonal, qui l'a transféré à celui de l'hôpital universitaire. Dans un rapport de sortie du 26 février 2019, il a été signalé qu'aucun signe de dysfonctionnement du pacemaker ou du défibrillateur n'avait été décelé (dos. AI 60/2).

4.13 Le 28 février 2019, une spécialiste en génétique de l'hôpital universitaire a constaté une mutation d'un gène, concordante par rapport au diagnostic de dystrophie musculaire des ceintures de transmission autosomique récessive. Il a essentiellement conclu à la présence d'une myopathie dégénérative, caractérisée par une faiblesse musculaire lentement progressive des bras et des jambes (dos. AI 59/1).

4.14 Sur questions de l'intimé, le service de neurologie de l'hôpital universitaire a, dans un écrit du 13 mars 2019, rappelé les limitations fonctionnelles (vertiges d'étiologie incertaine, restriction concentrique prononcée, myalgies à l'effort et déficits neurocognitifs; dos. AI 63/1). Au terme d'un nouvel examen du 20 mars 2019, ce service a mentionné une restriction de la mobilité et de la résistance musculaire, une photophobie et des vertiges en cas de mouvement de la tête ou du tronc. Il a ajouté que l'assuré n'était plus capable de conduire, vu les problèmes oculaires et les vertiges. Un bilan neurologique a été préconisé, de même qu'une tentative de reprise du travail, l'intéressé pensant pouvoir travailler, moyennant une phase de réentraînement (dos. AI 63/8).

4.15 Suite à un avis en ce sens du SMR (dos. AI 67/3), l'assuré a fait l'objet d'une évaluation neurologique le 28 août 2019 auprès d'une clinique universitaire de la mémoire. Dans leur rapport du 23 septembre 2019, les spécialistes de cette clinique ont retenu les diagnostics de trouble cognitif moyennement sévère avec endurance cognitive réduite, probablement dû à un status après une réanimation et vraisemblablement péjoré par un épisode dépressif moyen a priori réactionnel après la réanimation. Ils ont aussi posé le diagnostic de restriction du champ visuel et de vertiges, probablement liés aussi à la réanimation, ainsi que celui de myopathie héréditaire avec atteinte cardiaque. Ils ont signalé une fatigabilité nettement accrue et une résistance réduite, l'assuré s'étant plaint de forts vertiges. Selon les spécialistes, la capacité de travail serait dès lors limitée en raison de troubles cognitifs objectivables (dos. AI 78).

4.16 Un service d'ophtalmologie d'un second hôpital universitaire a, le 25 septembre 2019, fait état de déficits du champ visuel aux deux yeux. Après avoir rappelé que la réduction du champ visuel existait depuis l'incident cardiaque de 2017, il a rapporté que les déficits périphériques n'avaient, selon l'assuré, pas évolué. Ce service a ajouté qu'il s'agissait d'un trouble fonctionnel et non d'un problème cérébral ou du nerf optique. Il a aussi relaté que les déficits du champ visuel n'étaient pas d'origine organique. Enfin, il a estimé que même si l'aptitude à conduire était restreinte, la capacité de travail ne l'était pas, puisque l'assuré bénéficiait d'une bonne

acuité visuelle et d'un bon champ visuel central. Il a toutefois été précisé qu'il devait éviter d'utiliser ou de conduire des machines (dos. AI 77/1).

4.17 Après avoir pris connaissance des deux rapports susmentionnés, le SMR, par une neurologue, s'est déterminé le 16 décembre 2019, énonçant, comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un trouble cognitif moyen, un status après une réanimation extrahospitalière en présence de fibrillations ventriculaires, une myopathie héréditaire avec participation cardiaque et une réduction du champ visuel. De son avis, une limitation de la capacité de travail pouvait être supposée en raison de la myopathie et des troubles cognitifs (dos. AI 80/3).

4.18 En suivant l'avis du SMR (voir dos. AI 83/1 et 88/5), l'intimé a organisé une expertise dans les domaines de la médecine interne, de la neurologie, de la psychiatrie, de l'ophtalmologie et de la neurophysiologie. Les experts y ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire (ch. I46.0 CIM-10), de dystrophie musculaire des ceintures (ch. G71.0 CIM-10), d'encéphalopathie hypoxique (ch. G93.1 CIM-10) et de trouble mental dû à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique, sans précision (ch. F06.9 CIM-10). Sans impact sur la capacité de travail, ils ont posé le diagnostic d'exophorie avec hypermétropie. Ils ont toutefois nié la présence d'une quelconque atteinte psychiatrique. Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle, quelle que soit l'activité envisagée, de février à septembre 2017. Ils ont en revanche retenu qu'elle était entièrement préservée, avec une baisse de rendement de 50% (du fait d'un besoin de pauses accru) dans l'activité exercée en dernier lieu, ainsi que dans toute autre activité légère exigeant une exploration visuelle soutenue, mais sans travaux nécessitant des ports de charge réguliers, le maintien de la position statique plus de 30/45 minutes, des déplacements prolongés, l'utilisation d'échelles/d'escaliers ou des tâches en hauteur). Ils ont ajouté qu'une telle activité adaptée devait être plutôt directive et organisée, exploitant peu la modalité visuelle. Ils ont précisé que ce profil était valable dès la date de l'expertise (dos. AI 99.1/13 et 99.1/14).

5.

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire ayant servi de fondement à la décision de l'intimé.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2

5.2.1 En l'espèce, d'un point de vue formel, il convient d'abord de relever qu'on ne peut confirmer la critique d'ordre linguistique invoquée par le recourant, d'après qui, puisque les entretiens se sont déroulés en français, il en aurait découlé des difficultés de compréhension ayant influencé ses réponses (art. 5 § 2 du recours). A cet égard, on soulignera d'emblée que ce grief est tardif, puisqu'il a été invoqué pour la première fois dans la présente procédure de recours. De plus, on peut constater que le recourant a donné suite à la convocation à l'expertise sans émettre de réserve et ce alors qu'il avait été expressément averti de la possibilité de recourir à un interprète (dos. AI 94/1 s.). Il ne peut donc se prévaloir, à ce stade, du fait que les entrevues avec les experts ont eu lieu en français, sans interprète (voir JTA AI/2018/606 du 20 février 2020 c. 4.1, pour un cas similaire). Le simple fait qu'un précédent entretien se soit déroulé en présence d'une interprète n'y change rien (dos. AI 91/4). Il convient aussi de rappeler qu'il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 c. 5.1 et la référence; JTA AI/2021/352 du 16 mai 2022 c. 7.2.1). S'il est vrai que certaines difficultés à décrire les

plaintes de façon circonscrite ont été évoquées par l'expert ophtalmologue (dos. AI 99.5/4), il n'en demeure pas moins que celui-ci n'a établi aucun malentendu linguistique (dos. AI 99.5/3 s.), ainsi que l'a justement observé l'intimé (ch. 6 de la réponse). De plus, à aucun moment, l'ophtalmologue n'a signalé que l'expertisé avait manifesté son désaccord ou son mécontentement quant au fait de devoir s'entretenir en français avec lui, sans assistance (voir JTA 2021/882 du 4 septembre 2022 c. 6.3.1). Il ne résulte pas non plus des autres volets de l'expertise que des difficultés de compréhension linguistique seraient survenues lors des examens. Au contraire, à la lecture de leur rapport, on constate que les experts ont très bien saisi les plaintes exprimées et qu'ils les ont dûment prises en compte dans leur évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail (dos. AI 99.1/6-10, 99.2/3 s., 99.3/4 s. 99.4/2 s.). En outre, le fait qu'à l'appui de leur évaluation consensuelle, les experts ont relaté une maîtrise imparfaite du français (dos. AI 99.1/13; voir aussi dos. AI 99.2/6) ne constitue pas un indice d'un vice entachant les conclusions d'expertise. On doit au contraire comprendre cette remarque, en ce sens que les experts ont reconnu que l'assuré parlait/comprenait le français, même si ce n'était pas "parfaitement" (dans le même sens: TF 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 c. 5.1 et la référence). Enfin, rien au dossier ne permet de retenir que le recourant a mal compris les experts ou qu'il a mal été compris par ceux-ci, bien au contraire (voir dos. AI 18/1 et 20/3). En conclusion, le grief relatif à la langue de l'expertise est non seulement tardif, mais également mal fondé.

5.2.2 L'expertise répond au surplus aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux (voir c. 5.1). Les experts (dont les qualifications en médecine interne, neuropsychologie, psychiatrie, ophtalmologie et neurologie ne sauraient être mises en doute) ont procédé à un examen personnel de l'assuré et pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que l'ensemble des pièces pertinentes produites. Les résultats ont par conséquent été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts sont quant à elles motivées et compréhensibles. Partant, sur le plan formel, l'expertise ne saurait être critiquée.

5.3

5.3.1 Sur le plan matériel, en ce qui concerne la neurophysiologie tout d'abord, le diagnostic de trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision (ch. F06.9 CIM-10) est convaincant. En effet, ce diagnostic repose, outre sur les observations cliniques de l'experte et les plaintes de l'assuré (dos. AI 99.2/3-5), sur les résultats d'un examen du 19 janvier 2021 pour lequel l'experte s'est appuyée, contrairement à l'examen neuropsychologique d'août 2019, sur les critères de l'association suisse des neuropsychologues (ASNP; voir à ce sujet: TF 8C_270/2019 du 5 septembre 2019 c. 4.1.2). Or, l'examen ne révèle qu'une restriction du champ visuel sur la périphérie, légèrement marquée en ventral et dans l'hémichamp droit, des fonctions exécutives très légèrement altérées (surtout une désorganisation et de nombreuses répétitions), mais également toutefois un ralentissement significatif de l'attention sélective. Le langage, le calcul (si ce n'est des autocorrections au calcul oral, caractérisé par une certaine lenteur, mais aboutissant finalement au bon résultat), les praxies et gnosies se sont montrés sans particularité (dos. AI 99.2/4 s.). En procédant à une synthèse de ces résultats, l'experte a ainsi mis en exergue de discrets troubles exécutifs, sous forme d'une difficulté de programmation gestuelle et d'organisation, ainsi que d'une perturbation des tâches d'exploration visuelle, ralenties ou réussies mais au prix d'un effort important et de pauses. Elle n'a en outre constaté qu'un ralentissement pour certaines tâches d'exploration visuelle (dos. AI 99.2/5). On ne voit donc rien à redire au fait que l'experte a estimé que la symptomatologie correspondait à un trouble neuropsychologique léger selon la classification de l'ASNP. A l'inverse de ce que soutient le recourant (art. 5 § 1 du recours), on parvient aisément à discerner en quoi l'experte a perçu une nette amélioration par rapport aux résultats obtenus au terme de l'examen neurophysiologique du 28 août 2019, lesquels révélaient des déficits légers à moyens des fonctions attentionnelles de base, des déficits moyennement sévères de la mémoire et des anomalies dans certaines parties des fonctions exécutives (dos. AI 76/2 s.). En effet, après avoir minutieusement confronté les résultats de l'examen qu'elle a elle-même réalisé aux résultats des tests effectués en août 2019 (dos. AI 99.2/6), l'experte a

souligné, outre une normalisation de certaines épreuves exécutives et de la mémoire à court terme et long terme, que la mémoire épisodique antérograde était redevenu dans la norme, de même que la modalité visuo-spatiale. Aussi, selon l'experte, le test de flexibilité, décrit comme "limite" en août 2019, se situait dorénavant dans la norme, tout comme la démarche de reproduction d'une figure complexe, qui était auparavant très déstructurée et compliquée (malgré des résultats dans la normalité), mais se relevait dorénavant être structurée (dos. AI 76/2 s. et 99.2/4 s.). Quant à l'évaluation de la capacité de travail, l'experte a considéré de façon convaincante qu'une activité adaptée, ne sollicitant pas l'exploration visuelle soutenue dans le temps (sans pauses), ni la focalisation pendant un déplacement, était envisageable à un taux de 70% au moins (30% de perte de rendement dans une activité à plein temps). Cette appréciation, qui tient compte des limitations fonctionnelles établies lors de son examen clinique et sur la base du dossier, convainc d'autant plus qu'elle correspond aux valeurs indicatives relatives à l'incapacité de travail des lignes directrices de l'ASNP (TF 8C_403/2023 du 29 novembre 2023 c. 4.2 et 5.4). Du reste, on précisera que la limitation à une activité relativement directive et encadrée paraît aussi logique au vu des difficultés d'organisation de l'assuré (dos. AI 99.2/7).

5.3.2 En ce qui concerne le volet psychiatrique, l'expert mandaté pour cette spécialité a exposé de manière complète et convaincante les raisons qui l'ont conduit à ne retenir aucun diagnostic. En effet, les observations minutieuses de l'expert ont montré que l'humeur de l'assuré se modulait bien, que l'accès à son humour était préservé et que celui-ci ne présentait pas de signe dépressif visible, de tristesse constante, de pessimisme, d'idées noires ou de culpabilité. L'expert a aussi rapporté que le sommeil et l'appétit étaient conservés, alors que la vie sexuelle n'était pas perturbée. Il a ajouté que l'assuré ne semblait pas impacté par l'aspect héréditaire de sa maladie (vis-à-vis de sa fille), était motivé à travailler et avait un bon réseau familial et amical, ainsi que des hobbies (dos. AI 99.4/3 s.). Certes, une légère fluctuation du moral a été constaté, de même qu'une surcharge psychique sous forme d'une difficulté d'acceptation de certains symptômes, qui s'était manifestée par une certaine irritabilité par le passé. On ne saurait à cet égard ignorer que des tests effectués par l'assuré, le 28 août 2019

avaient relevé l'existence d'un épisode dépressif moyen (voir c. 4.15). Les psychologues en charge de cet examen avaient perçu chez l'assuré tristesse, insatisfaction, pleurs, irritabilité, incapacité de travail, troubles du sommeil, fatigabilité, perte d'appétit, perte de poids, et hypocondrie (dos. AI 78/2). Une suspicion d'épisode dépressif moyen avait d'ailleurs été évoqué, le 16 décembre 2019, par une neurologue du SMR (dos. AI 80/5; voir aussi dos. AI 99.2/1 et 99.4/2). Cela étant, force est de constater qu'à la date de l'examen, aucun des symptômes décrits ci-dessus n'a été répertorié par l'expert et l'assuré n'a émis aucune plainte à ce sujet. Au contraire, outre le fait qu'une réduction progressive de cette difficulté d'acceptation (certes encore présente) a été observée, l'expert a expliqué que l'assuré avait admis une évolution positive de son état de santé (dos. AI 99.4/3 s.). Cette appréciation convainc d'autant plus au vu de l'absence de suivi psychiatrique et psychothérapeutique, de même qu'eu égard à l'absence d'une prise médicamenteuse psychotrope (dos. AI 99.4/2 et 99.1/7). Cette appréciation diagnostique écartant toute atteinte invalidante à la santé psychique prend également appui sur le fait que l'expert n'a décelé aucun signe d'état de stress post-traumatique, d'anxiété, ou de trouble de la personnalité (dos. AI 99.4/4). L'expertise psychiatrique est ainsi convaincante, ce qui n'a du reste pas été contesté. À défaut d'un diagnostic psychiatrique, il n'y a donc pas lieu de procéder à une évaluation structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs (voir c. 2.3; TF 8C_153/2021 du 10 août 2021 c. 5.4.1 s.).

5.3.3 S'agissant de l'aspect neurologique, on peut aussi saisir aisément pourquoi l'expert de cette discipline a admis un arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire (ch. I46.0 CIM-10), une dystrophie musculaire des ceintures (ch. G71.0 CIM-10) et une encéphalopathie hypoxique (ch. G93.1 CIM-10). Ces diagnostics coïncident en effet avec ceux mentionnés dans l'ensemble du dossier (voir c. 4.1, 4.13 et 4.17; voir aussi dos. AI 83/2 et 88/3). Ils s'avèrent d'ailleurs cohérents au vu des antécédents médicaux de l'assuré, à savoir qu'il a souffert d'une élévation des enzymes musculaires et d'une paraparésie avec myopathie, pathologie dont est aussi atteinte l'une de ses sœurs (dos. AI 99.3/2 et 99.3/5). L'expert a de plus évoqué ses diagnostics après un examen neurologique (dos. AI 99.3/6) et décrit un profil d'exigibilité intégrant les limitations fonctionnelles mises en évidence

à l'issue de celui-ci. Il a ainsi constaté que la marche était normale, possible sur la pointe des pieds et sur les talons, que l'intéressé pouvait également s'accroupir sans difficultés et que la station debout était stable. De même, il a en particulier nié la présence de déficit moteur ou sensitif systématisé aux quatre membres (dos. AI 99.3/6). Sur la base de ces constats, l'évaluation de l'expert neurologue (qui conclut à une diminution des capacités fonctionnelles de 50%, avec une exclusion des activités exigeant une station statique prolongée au-delà de 30/40 minutes ou des efforts physiques) semble plutôt généreuse. En effet, l'expert a écrit au préalable que la dystrophie musculaire n'occasionnait pas, voire peu de gêne fonctionnelle (dos. AI 99.3/7). Partant, on comprend de sa motivation que celui-ci a tenu compte des douleurs musculaires dans la face antérieure des cuisses, restreignant le recourant (dos. AI 99.3/5). Celui-ci a en effet affirmé pouvoir marcher 40 minutes par jour (dos. AI 99.1/8), ce qui est corroboré par ses précédentes déclarations, selon lesquelles il pouvait faire de la bicyclette durant 30/40 minutes sans douleurs musculaires (dos. AI 60/9, 67/4, 80/5, 82/1, 88/6 et 91/35). Il a aussi fait part d'un dérochement du membre inférieur, pouvant causer des chutes, ce qui n'a pas échappé à l'expert (dos. AI 99.3/5). Ce dernier a également pris en considération, contrairement à ce que le recourant prétend (art. 5 § 2 du recours), le potentiel d'aggravation de cette pathologie (dos. AI 93.3/8). Par ailleurs, l'expert s'est aussi appuyé sur l'avis du spécialiste du SMR, du 14 juillet 2019 (voir c. 4.14), lequel renvoyait à son tour, sur ce point, à celui du service de neurologie de l'hôpital universitaire du 26 juin 2018 (voir c. 4.8; dos. AI 99.3/3). Or, s'il est vrai, comme le relève le recourant (art. 5 § 6 du recours), que dans cet écrit, les spécialistes en neurologie avaient estimé que l'intéressé n'était pas capable de travailler (dos. AI 36.2/6), ils se référaient toutefois à l'activité exercée jusqu'alors. Ils avaient aussi évoqué qu'une activité adaptée était exigible à 50% au plus (dos. AI 36.2/8). Par conséquent, les conclusions de l'expert neurologue, selon qui la capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée, sont cohérentes. Il n'y a donc rien à redire au volet neurologique de l'expertise.

5.3.4 Sur le plan ophtalmologique, l'expert a aussi exposé de manière probante les raisons pour lesquelles il a diagnostiqué une exophorie avec hypermétropie, sans répercussion sur la capacité de travail. En effet, il a

posé ce diagnostic après un examen ophtalmologique (dos. AI 99.6), dont les résultats ont été rapportés dans son rapport. En particulier, au terme de l'examen du nerf oculomoteur et du réflexe photomoteur, le test à l'écran a révélé une exophorie (dos. AI 99.5/6), qui avait déjà été constatée par le service d'ophtalmologie universitaire (dos. AI 56/4). Par ailleurs, l'expert a confronté ses propres observations aux avis des différents ophtalmologues consultés et expliqué en quoi le seul point de divergence parmi ces avis portait sur l'interprétation des résultats (dos. AI 99.5/3). A cet égard, n'en contredise le recourant (art. 5 § 3 du recours), l'expert a motivé les raisons qui l'ont amené à nier une pathologie mitochondriale. En effet, celui-ci a expliqué que le premier examen ophtalmologique du 13 avril 2017, qui supposait la présence d'une mitochondriopathie et/ou d'une pathologie ischémique (dos. AI 56/3 et 56/5), avait eu lieu à peu près deux mois après l'arrêt cardiovasculaire, contre deux ans et demi pour le second examen du 23 septembre 2019, qui ne retenait aucune cause organique aux déficits du champ visuel (dos. AI 77). L'expert en a ainsi déduit de manière logique de cet écart temporel entre les deux bilans et de la réalisation précoce du premier de ceux-ci que les ophtalmologues consultés en avril 2017 avaient émis cette hypothèse au regard du principe de précaution (dos. AI 99.5/3 et 99.5/9). Ce raisonnement convainc d'autant plus que cette pathologie avait été posée en tant que diagnostic différentiel (voir à ce sujet: ATF 149 II 109 c. 10.2). C'est ainsi de façon convaincante que l'expert n'a pas objectivé de support organique aux déficits du champ visuel (dos. AI 99.5/9). Cet avis coïncide du reste avec les résultats du précédent examen ophtalmologique (dos. AI 77/2). Ce volet de l'expertise doit à cet égard être mis en lien avec celui de l'experte en neuropsychologie. En effet, cette dernière a écarté la présence d'une agnosie aperceptive, puisque l'assuré pouvait percevoir des images dégradées, discriminer des figures enchevêtrées et copier une figure complexe (dos. AI 99.2/4 et 99.2/6). Il faut toutefois admettre avec le recourant (art. 5 § 6 ss du recours) que l'étiologie est restée indéterminée (dos. AI 99.1/12 s.), ce qui avait aussi été souligné par la spécialiste du SMR (dos. AI 80/4 et 84/2). A ce sujet, les experts ont, au terme de leur consensus, évoqué la piste neurologique, quand bien même une majoration fonctionnelle restait, selon eux, envisageable (dos. AI 99.1/13). Quoi qu'il en soit, l'étiologie importe peu du point de vue de l'AI, qui, en tant qu'assurance finale et non causale, s'attache seulement aux répercussions

que ces atteintes peuvent avoir sur la capacité de travail de la personne assurée (voir JTA AI/2018/153 du 8 août 2019 c. 5.2, AI/2013/1139 du 14 novembre 2014 c. 5.3). Or, l'expert a relevé que, lors de l'entretien, l'assuré avait indiqué connaître des troubles oculaires seulement depuis l'arrêt cardiovasculaire et qu'ils se manifestaient par une restriction du champ visuel, une photophobie, une inaptitude à la conduite, une perte de la concentration visuelle et de la vision des contrastes, de même que par des vertiges provoquant une impossibilité à garder l'équilibre. Il a aussi confirmé, à cette occasion, bénéficier d'une bonne acuité visuelle. Bien que ces limitations correspondent dans une large mesure à celles répertoriées dans les rapports des 20 mars et 25 septembre 2019 (dos. AI 63/10 et 77/2), l'expert a néanmoins perçu une certaine exagération concernant la photophobie et la difficulté ressentie à la réalisation du champ visuel, soulignant une incohérence par rapport à la mobilité de l'assuré, qui avait démontré de l'aisance dans ses déplacements. L'expert a cependant concédé que l'assuré semblait sincère dans l'expression de ses limitations, quand bien même elles ne reposaient sur aucun fondement organique (dos. AI 99.5/4 et 99.5/9). En dépit de ces limitations, l'expert a estimé de manière cohérente que, sur le plan ophtalmologique, l'assuré était capable de travailler à 100% sans diminution de rendement, puisqu'il parvenait à lire et à regarder la télévision, n'éprouvant que rarement des migraines (dos. AI 99.5/3 et 99.1/6). Cette appréciation est d'autant plus convaincante qu'elle rejoint l'avis des ophtalmologues consultés en septembre 2019 (dos. AI 77/2). On rappellera encore que la prise en compte des vertiges, sous l'angle neuropsychologique et sous la forme d'une exclusion des activités nécessitant une exploration visuelle soutenue et prolongée (dos. AI 99.1/13) est convaincante, puisqu'une offre de pauses supplémentaires permet de pallier cette problématique, ce qui a en effet été constaté durant l'expertise (dos. AI 99.2/7).

5.3.5 Enfin, l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des atteintes concernées et de leurs répercussions sur la capacité de travail. C'est ainsi de manière probante que les experts se sont entendus, au terme de leur consensus, sur une incapacité totale de travail quelle que soit l'activité exercée de février à septembre 2017, puis sur une capacité de travail à 100%, avec une diminution de rendement de 50% en raison du

besoin de pauses régulières, dans une activité adaptée, telle que celle exercée en dernier lieu (voir à ce propos c. 4.18; dos. AI 99.1/14).

5.3.6 On relèvera encore que les divers rapports médicaux du médecin traitant ne sont pas de nature à mettre en doute la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. En effet, il s'agit pour la plupart d'attestations d'incapacité de travail établis par ce médecin. Or, celui-ci n'y a pas motivé les raisons qui l'ont conduit à reconnaître une telle incapacité de travail (voir c. 4.4). En particulier, dans son rapport du 13 février 2019, le médecin traitant, après avoir retenu une incapacité de travail entière depuis le 27 février 2017, n'a pas expliqué en quoi les limitations fonctionnelles retenues rendraient toute activité inexigible (voir c. 4.10). A ce propos, le juge doit aussi tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, il aura tendance, dans le doute, à favoriser celle-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Enfin, aucun des spécialistes consultés de l'hôpital universitaire ou cantonal n'ont d'ailleurs attesté d'incapacité de travail, hormis pour la période ayant suivi l'arrêt cardio-respiratoire (voir c. 4.1 s.).

5.3.7 Il résulte donc de ce qui précède que les conclusions consensuelles du 12 février 2021, qui reprennent les différents avis des experts consultés, sont cohérentes, convaincantes et exemptes de contradiction. Il faut de ce fait accorder une pleine valeur probante à l'expertise, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit.

6.

Reste à examiner le taux d'invalidité du recourant.

6.1 Pour évaluer ce dernier, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG). La détermination de l'année de référence pour procéder à la

comparaison des revenus dépend de l'échéance du délai d'attente d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40% (art. 28 al. 1 let. b 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). Puisque le recourant a déposé sa demande de prestations le 4 septembre 2017 (le dépôt postal constituant l'acte déterminant la date de l'exercice du droit aux prestations; TF 8C_145/2019 du 3 juin 2020 c. 6.4.2; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 29 n. 37 ss), le droit à la rente a pris naissance au plus tôt le 1^{er} mars 2018 (voir art. 29 al. 3 LAI). A cette date, il pouvait du reste se prévaloir d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (voir c. 4.4). L'année de référence pour la comparaison des revenus est donc bien 2018.

6.2

6.2.1 S'agissant du revenu sans invalidité, 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; SVR 2022 UV n° 4 c. 3.2). Si le dernier salaire réalisé par la personne assurée présente des fluctuations importantes à relativement court terme, il y a alors lieu de déterminer le revenu moyen sur une plus longue période (SVR 2023 IV n° 40 c. 3.2.2). Lorsque des indices concrets déterminants font défaut pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, il faut se rabattre sur des valeurs statistiques comme celles prises en compte dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). L'ESS n'est toutefois déterminante qu'en corrélation avec les circonstances personnelles et professionnelles influençant la fixation du salaire de la personne assurée dans le cas concret (ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2022 IV n° 22 c. 4.2).

6.2.2 En l'espèce, l'assuré a été engagé en dernier lieu dès le 29 janvier 2016 en qualité d'opérateur au lavage, par le biais d'une société de travail

intérimaire, au sein d'une manufacture horlogère. Il réalisait alors un salaire horaire de Fr. 19.63 pour un temps de travail hebdomadaire de 40 heures auquel s'ajoutaient, contrairement au calcul fait par l'intimé, une indemnité de vacances et une part au 13^{ème} salaire (dos. AI 28.4/1; voir aussi 14/2 et 14/4, ainsi que 28.5/1; JTA AI/2018/782 du 20 mars 2020 c. 6.7.2). Or, si le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés, les jours correspondants de vacances et de congés doivent être déduits du temps de travail annuel (TF 9C_249/2020 du 3 décembre 2020 c. 5.1 et les références). Le supplément de vacances doit donc être déduit du temps de travail annuel, soit 10,64% du salaire de base de Fr. 19.63, ce qui équivaut à 5,5 semaines de vacances ($52 \times 0,1064 = 5,53$) ou 28 jours par an ($5,53 \times 5$). Le recourant aurait ainsi pu travailler 234 jours (366 jours [année bissextile] - 52 [dimanches] - 52 [samedis] - 28 [jours de vacances]). A raison de 8h de travail par jour à Fr. 21.72 par heure (soit Fr. 19.63 + Fr. 2.09), on parvient à un revenu annuel de Fr. 40'659.84 ($Fr. 21.72 \times 8 \times 234$), auquel vient s'ajouter 8,33% au titre du droit au 13^{ème} salaire, soit au total Fr. 44'046.80. Or, en regard des indications du dernier employeur (dos. AI 14/10), le recourant a réalisé un salaire supérieur en 2016, de Fr. 48'050.75 sur onze mois, ce qui tend à démontrer qu'il aurait en réalité gagné bien plus s'il avait travaillé une année complète. L'extrait de son compte individuel (dos. AI 101/1) pour cette année fait d'ailleurs état d'un montant encore supérieur, soit de Fr. 49'062.-. Une extrapolation pour compléter cette année n'est ainsi pas envisageable (voir JTA AI/2021/875 du 1^{er} juin 2022 c. 7.4.2 et les références). Cela vaut d'autant plus que, d'une part, son salaire a régulièrement fluctué au cours de cette année, oscillant entre un minimum de Fr. 2'208.05 et un maximum de Fr. 5'060.10, alors que, d'autre part, le contrat de mission prévoyait, outre des indemnités pour le travail de nuit et en horaire d'équipe, une rémunération des heures supplémentaires (voir TF 9C_434/2023 du 30 novembre 2023 c. 3), ainsi qu'un paiement séparé pour les jours fériés officiels du canton concerné (dos. AI 106/3). Il ne peut non plus être fait référence à 2017, puisque l'assuré n'a travaillé que deux mois (dos. AI 14/9), de même, que pour les années précédentes pour lesquels l'extrait du compte individuel illustre aussi un salaire fluctuant avec un revenu annuel de Fr. 21'354.- pour 2014 et Fr. 43'535.- pour 2015.

6.2.3 Dans ces circonstances, le dossier ne permet pas de déterminer de manière fiable le revenu sans invalidité, s'agissant de la période ici en cause (2018). Partant, il y a donc lieu, à l'inverse de ce qu'a fait l'intimé, de se baser sur les valeurs de l'ESS (voir c. 6.2). Ce résultat s'impose à plus forte raison que le recourant n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle certifiée, si bien que des salaires statistiques paraissent plus représentatifs du revenu qu'il pourrait percevoir (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.2 et la référence; voir aussi JTA AI/2017/5 du 31 octobre 2017 c. 4.4.1). En l'occurrence, le recourant pourrait ainsi 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", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Hommes; TF 8C_576/2022 du 1^{er} juin 2023 c. 5.2.1 et les références) ou Fr. 65'004.- par an. Dans la mesure où les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il faut encore les adapter à la durée de travail moyenne usuelle dans les entreprises de ce secteur, soit 41,7 heures par semaine en 2018 (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Cette opération porte le revenu annuel à Fr. 67'766.65.

6.3

6.3.1 Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidité peut se fonder, selon la jurisprudence, sur ESS publiée par l'OFS. En règle générale, il y a lieu d'appliquer la valeur totale. Selon la pratique, la comparaison des revenus effectuée sur la base de l'ESS doit se faire à l'aide du groupe des tables A (salaires bruts standardisés), parmi lesquelles la table TA1_tirage_skill_level, secteur privé, est habituellement usitée. Lorsque sont utilisés les salaires bruts standardisés, il convient, d'après la jurisprudence, de toujours se baser sur la valeur centrale (médiane) (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2).

6.3.2 Pour le revenu d'invalidé relatif à la période ici en cause (2018), puisque le recourant n'exerçait pas d'activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 5.3.6) au moment de la décision contestée, l'intimé s'est fondé à raison sur les valeurs de l'ESS. A noter à ce sujet qu'un abattement n'entre pas en ligne de compte, du seul fait que la capacité de travail de l'assuré est restreinte à 50% (voir TF 8C_39/2023 du 14 juillet 2023 c. 4.1.4 et les références), ce qu'il ne fait, à raison, pas valoir. En effet, selon la table T18 ("Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe"), le revenu pour un travail à temps partiel à un taux compris entre 50% et 74% pour les hommes sans fonction de cadre est de 4,02% plus bas que celui pour un emploi à temps complet. Qui plus est, un abattement de cette ampleur serait de toute manière sans influence sur le taux d'invalidité (en ce sens: TF 9C_10/2019 du 29 avril 2019 c. 5.2.2 et les références; JTA AI/2023/83 du 7 juillet 2023 c. 6.2.3). De même, la maîtrise imparfaite du français (TF 8C_799/2021 du 3 mars 2022, in SVR 2022 IV n° 30 c. 4.3.3) ou encore l'absence de formation certifiée (ATF 146 V 16 c. 6.2.3) ne constituent pas des facteurs d'abattement par rapport au niveau 1 de la table ESS; voir JTA AI/2022/202 du 24 juin 2022 c. 7.4).

6.3 Ainsi, tant le revenu sans invalidité qu'avec invalidité doivent être établis sur une même base. Partant, le degré d'invalidité équivaut au degré d'incapacité de travail et de rendement, compte tenu d'un éventuel abattement. Il ne s'agit alors pas d'une "comparaison en pour-cent" au sens de l'ATF 114 V 310 c. 3a, mais d'une simplification arithmétique (TF 8C_104/2021 du 27 juin 2022 c. 6.2, non publié in ATF 148 V 321, 8C_358/2017 du 4 août 2017 c. 2.2; JTA AI/2023/495 du 26 février 2024 c. 7.2). Partant, le taux d'invalidité équivaut à 50% (voir c. 5.3.6), si bien que c'est à bon droit que l'intimé a admis un droit à une demi-rente.

7.

7.1 En conclusion, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Aux termes de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, en lien avec l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur des

prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais judiciaires. Partant, le recourant, qui succombe, doit supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA).

7.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, ni à l'intimé (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 108 al. 3 en lien avec l'art. 104 al. 1 et 3 LPJA [dans sa version en vigueur jusqu'au 31 mars 2023; art. T2-1 LPJA]).

7.4 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

7.4.1 Sur requête, l'autorité de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

7.4.2 Au vu de la situation familiale du recourant, des pièces produites, de la jurisprudence et des directives (Circulaires n° 1 du 25 janvier 2011 et n° B1 du 1^{er} avril 2010, de la Cour suprême et du TA), force est de constater que les revenus dépassent les dépenses alléguées. En effet, la famille a pour revenu la rente du recourant (Fr. 318.-) et le salaire de son épouse. Le décompte de salaire fourni (pièce justificative [PJ] 3) révèle que celle-ci perçoit chaque mois Fr. 3'853.70 net (Fr. 4'450.- - Fr. 596.30 de charges sociales). A l'inverse des allégués de la requête (voir ch. III.3), cette somme ne comprend pas la part du 13^{ème} salaire, qui doit donc être ajoutée (voir PJ 11, p. 3, illustrant que le même salaire a été versé en janvier et en octobre). Cette part doit être fixée à Fr. 326.60 ($[(Fr. 4'450.- \times 13 : 12) - Fr. 4'450.- = Fr. 370.85]$, dont il y a lieu de retrancher les charges sociales de 8.425% en tout, soit Fr. 31.25, de même que la cotisation LPP [3,5%] de Fr. 13.-). Enfin, il sied encore de tenir compte de l'allocation familiale de Fr. 275.-, ce qui porte le revenu de l'épouse à Fr. 4'455.30. Les revenus de la famille doivent ainsi être arrêtés à Fr. 4'773.30.

7.4.3 Quant aux charges, elles se composent du montant de base du couple (Fr. 1'700.-) et de celui de l'enfant né en 2016 (Fr. 400.-), majorés

de 30% (Fr. 630.-). Les primes d'assurance-maladie obligatoires doivent y être ajoutées (Fr. 557.35, en tenant compte du subside; PJ 6) et le loyer avec frais accessoires (Fr. 900.-; PJ 4). S'agissant des déplacements professionnels, on relèvera que le caractère de stricte nécessité de l'usage d'une voiture par l'épouse du recourant pour se rendre à son travail n'est pas établi. En effet, environ 8.5 km séparent le domicile de l'épouse de son lieu de travail. Le trajet en voiture est d'environ 11 minutes, contre 14 et 24 minutes en transport publics, à raison d'au moins deux correspondances par heure (selon les horaires CFF; voir ATF 143 IV 380 c. 1.2). De plus, le recourant n'a pas fait valoir que l'emploi de son épouse était incompatible avec les horaires des transports publics. Ce faisant, l'utilisation d'un véhicule n'apparaît pas indispensable, si bien qu'il se justifie de retenir les frais liés à un abonnement aux transports publics (voir ch. II.4.d de l'annexe 1 à la circulaire B1 et let. C.2.d la Circulaire n° 1), à savoir de Fr. 177.- au plus (prix d'un abonnement de parcours; voir www.cff.ch). Les frais d'immatriculations et d'assurance véhicule ne peuvent donc pas non plus être admis (PJ 7). Aussi, le paiement régulier des impôts courants n'est pas démontré (voir ATF 135 I 221 c. 5.2.1 s.), puisque le recourant n'a produit qu'une décision de taxation de 2021 et une déclaration d'impôts de 2022 (PJ 8 s.). Enfin, les primes pour les assurances mobilière et responsabilité civile privée sont incluses dans le montant de base (ad ch. I de l'annexe 2 à la Circulaire B1). En tenant compte de tout ce qui précède, les charges peuvent ainsi être arrêtées à Fr. 4'364.35. C'est encore le lieu de relever que, selon la décision de taxation de 2021, des frais de repas hors domicile ont été admis, par Fr. 3'200.- pour cette même année (PJ 8). Le recourant, par sa mandataire, n'a toutefois pas fait valoir cette dépense dans sa requête d'assistance judiciaire (datée de 2022) et n'a fourni aucun élément de preuve à cet égard. Ces frais ne peuvent ainsi être pris en considération (voir ch. II.4.b de l'annexe 1 à la Circulaire B1). Qui plus est, même si tel était le cas, ce montant ne pourrait être admis qu'à hauteur de Fr. 11.- par jour ou Fr. 220.- par mois. Or, cette dépense supplémentaire ne changerait rien au résultat qui suit et qui révèle un solde mensuel positif suffisant.

7.4.4 En effet, la comparaison du revenu et des charges (à l'aune des règles précitées) aboutit à un solde positif de Fr. 408.95, qui permet de couvrir les frais de procédure de Fr. 800.- et d'avocat(e) de Fr. 2'929.65

dans un délai prévisible (ATF 141 III 369 c. 4.1; LUCIE VON BÜREN, in HERZOG/DAUM [éd.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2020, art. 111 n. 22). La requête d'assistance judiciaire doit donc être rejetée, sans qu'il n'y ait lieu d'examiner les autres conditions posées en la matière. Point n'est ainsi besoin d'examiner si, au cas particulier, on pourrait exiger du recourant qu'il mette à contribution la "réserve de secours" dont il dispose (Idem, art. 111 n. 28; ATF 144 III 531 c. 4.1 et c. 4.2.4), étant rappelé qu'il a perçu Fr. 7'361.10 d'arriérés de rente, du fait de la décision attaquée et qu'il les a conservés (voir courrier du 4 novembre 2022 au dossier du TA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à la C._____.

Le président:

Le greffier:

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).