

**200.2023.414.AI**  
N° AVS  
BOR/EGC

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

**Jugement du 25 juin 2024**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges  
D. Borel, greffier

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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 18 avril 2023

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1973, divorcé et père de deux enfants majeurs, est entré en Suisse en 1999. Au bénéfice d'un diplôme de monteur électricien obtenu dans son pays d'origine, il a travaillé en cette qualité jusqu'à la fin du mois de juillet 2016, en dernier lieu à plein temps dans le cadre d'une mission pour le compte d'une agence de placement. Le 17 novembre 2014, l'assuré a été victime d'un accident lui ayant occasionné une fracture du péroné droit. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) jusqu'en mars 2015. L'assuré a par la suite bénéficié d'indemnités journalières perte de gain (dont l'assureur a toutefois requis la restitution dans un second temps), puis de prestations de l'assurance-chômage, avant d'obtenir, dès novembre 2017, le soutien des services sociaux. Par un formulaire daté du 26 mai 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adulte (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en faisant valoir une incapacité de travail à 100% depuis juillet 2018 et en précisant souffrir d'hernies cervicales et dorsales, ainsi que de troubles de l'épaule gauche depuis novembre 2017.

**B.**

Saisi de cette demande (reçue le 2 octobre 2020), l'Office AI Berne a requis le dossier de la Suva et celui de l'assureur perte de gain en cas de maladie. Il a également obtenu, en particulier, divers documents médicaux des médecins généralistes de l'assuré, d'un centre de chirurgie orthopédique, ainsi que des cliniques de chirurgie orthopédique et de neurologie d'un hôpital universitaire. Sur recommandation du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a diligentié une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, orthopédie, neurologie et psychiatrie (rapport du 7 octobre 2022), puis a informé l'assuré, dans un préavis du 19 décembre 2022, qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Suite aux observations soulevées le 23 janvier 2023 par

l'assuré contre ce préavis, l'Office AI Berne a invité l'un des experts à se déterminer. Après avoir reçu la réponse du spécialiste, datée du 28 février 2023, cette autorité a confirmé son préavis, par décision du 18 avril 2023.

### **C.**

Par envoi du 25 mai 2023, l'assuré a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais, il a conclu au bénéfice de l'assistance judiciaire, à la récusation de deux anciens juges du TA, ainsi qu'à la mise en œuvre par l'Office AI Berne de mesures d'ordre professionnel, tout en critiquant notamment, dans sa motivation, le degré d'invalidité retenu par l'intimé. Par décision incidente du 16 juin 2023, le juge instructeur a déclaré irrecevable (puisque d'emblée sans objet) la demande de récusation de l'assuré, rejeté une demande de restitution de délai formulée par l'intéressé en vue de compléter sa requête d'assistance judiciaire, et a ordonné que celle-ci soit rayée du rôle du TA. Par pli du 11 juillet 2023, l'assuré a requis une nouvelle fois l'assistance judiciaire, en joignant à son écrit de nouvelles pièces justificatives (PJ). Dans son mémoire de réponse du 19 juillet 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, sous suite de frais. Le recourant a répliqué le 10 septembre 2023, persistant en substance dans ses explications. Dans sa duplique du 22 septembre 2023, l'intimé a également maintenu ses conclusions.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 18 avril 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit du recourant à des prestations de l'AI (malgré l'intitulé "refus de rente", voir p. 2 du prononcé attaqué et de la réponse). A la lumière de la

motivation du recours, l'objet du litige porte, lui aussi, sur le droit à des prestations de l'AI (voir aussi l'ordonnance du 13 juillet 2023).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites (étant rappelé qu'il n'y a pas lieu de se montrer trop sévère pour juger de la recevabilité des recours déposés par des personnes non versées dans la matière juridique; voir UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 61 n. 48), auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

**1.4** Le 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<sup>er</sup> 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 à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le droit éventuel du recourant à une rente est pour sa part né antérieurement à cette date, dans la mesure où la demande a été déposée en mai 2020 (art. 29 al. 1 LAI). Les normes en vigueur jusqu'au

31 décembre 2021 sont dès lors applicables à la présente cause (en ce sens, voir VGE IV/2023/352 du 14 mars 2024 c. 3.1, IV/2022/497 du 4 mars 2024 c. 2.1 concernant également un refus de toute prestation).

**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 un 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 l'art. 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 (ATF 142 V 106 c. 4.4). La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut

exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). 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 (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. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

**2.5** 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 art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2007 5129]), 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.

**2.6** 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).

**2.7** 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 moyens de preuve 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 la décision contestée et dans sa réponse, l'intimé, sur la base du rapport d'expertise du 7 octobre 2022, a considéré que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce à plein temps une activité professionnelle adaptée à ses limitations. La comparaison des revenus avec et sans invalidité ne mettait en évidence qu'un degré de 6%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'AI. Au sujet des objections soulevées contre son préavis, l'intimé a rétorqué que la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ne se justifiait pas, dans la mesure où le profil d'exigibilité décrit par les experts permettait d'exiger de l'assuré qu'il recherche seul une profession adaptée sur le marché primaire du travail. S'agissant de l'accusation de propos racistes prétendument tenus par l'un des experts, l'intimé a renvoyé à la détermination de ce spécialiste. En ce qui concernait la prétendue inadéquation entre la situation de l'assuré et les salaires statistiques déterminants pour le calcul du degré d'invalidité, l'intimé a rétorqué qu'en présence d'un assuré sans emploi, comme en l'occurrence, il convenait en règle générale de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour procéder à la comparaison des revenus. Enfin, l'intimé s'est limité à confirmer ses propos, dans sa duplique du 22 septembre 2023.

**3.2** Pour sa part, devant le TA, le recourant persiste notamment à solliciter l'octroi de mesures d'ordre professionnel. A cet égard, il rappelle qu'en raison des limitations inhérentes à ses troubles lombaires, cervicaux et scapulaires, les experts ont admis qu'il n'était désormais plus capable de travailler en tant que monteur électricien. En outre, il juge contradictoire de parvenir, comme l'a fait l'intimé, à un degré d'invalidité de 6% seulement (taux impliquant à son sens qu'il devrait encore pouvoir travailler comme monteur électricien), tout en lui reconnaissant une totale incapacité de travail dans cette profession. Il ajoute que les statistiques sur lesquelles s'est fondé l'intimé pour évaluer son taux d'invalidité ne correspondent pas "à la réalité de [sa] situation actuelle". Enfin et contrairement à ce que mentionne la décision sur opposition litigieuse, il estime ne pas pouvoir être considéré comme étant sans emploi, dès lors qu'il a "toujours travaillé", même à une époque durant laquelle il était sans domicile fixe. Dans ses écrits des 11 juillet et 10 septembre 2023, le recourant fait encore valoir qu'en l'absence de mesures d'ordre professionnel, ses perspectives d'engagement dans une activité salariée demeureront nulles, dès lors que, selon lui, aucun employeur ne consentira à l'engager en raison de ses problèmes de santé. Sans aide de l'AI, il sera ainsi contraint de reprendre l'activité de monteur électricien, ce qui ne manquera pas d'aggraver encore son état de santé.

#### **4.**

**4.1** A titre liminaire, il sied de relever que l'assuré a produit devant le TA un certificat d'un médecin généraliste daté du 6 juillet 2023 (PJ 4, annexée à l'écrit du recourant du 11 juillet 2023). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). En

l'espèce, le certificat du 6 juillet 2023 se limite à attester d'une incapacité de travail totale "pour raisons médicales" couvrant la période du 6 au 30 juillet 2023. Postérieur à la décision attaquée et exempt de toute motivation à l'appui de l'incapacité de travail certifiée, ce document n'est pas de nature à influencer l'appréciation des faits au jour du prononcé de la décision entreprise. Il ne peut donc être pris en compte dans la présente procédure. Cela étant précisé, il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

#### **4.2** L'intimé s'est procuré le dossier de la Suva.

**4.2.1** Celui-ci contient, entre autres, des rapports établis les 19 et 25 novembre 2014 par les médecins d'un centre hospitalier. Ces thérapeutes ont retenu le diagnostic de fracture de l'os péroné droit. Après avoir relevé la persistance chez l'assuré de douleurs du pied droit, ils ont attesté une incapacité de travail à 100% dès le 17 novembre 2014 (dossier [dos.] AI 19.110/1 et 19.111/1). Dans un écrit du 12 décembre 2014 émanant du même établissement et consécutif à une radiographie du pied droit, une radiologue a fait état d'une "possible" fracture de l'os péroné (dos. AI 19.97/1). Le 8 janvier 2015, les médecins hospitaliers ont encore diagnostiqué un syndrome douloureux radiculaire S1 droit. Selon eux, l'on pouvait s'attendre à ce que la fracture de l'os péroné guérisse sans séquelles. Toutefois, l'assuré déplorait également de fortes douleurs dans la jambe, irradiant jusque dans la colonne vertébrale lombaire, raison pour laquelle il avait été adressé auprès d'un centre du dos (dos. AI 19.86/1).

**4.2.2** Dans un rapport du 21 janvier 2015, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du même jour, un spécialiste en chirurgie orthopédique du centre précité a fait état d'une suspicion de syndrome d'irritation radiculaire (au niveau L5), ainsi que d'une très légère discopathie dégénérative débutante (L4-L5). Il a préconisé une infiltration (dos. AI 19.78/1; voir aussi dos. AI 19.80/1).

**4.2.3** En date du 17 décembre 2014, le médecin généraliste traitant a exposé que l'assuré persistait à déplorer une souffrance importante au niveau du bord du pied droit (dos. AI 19.92/1). Dans un écrit du 2 février 2015, ce même médecin a indiqué qu'il suspectait un diagnostic de gestion

pathologique de la maladie. Suite au traumatisme du 17 novembre 2014, l'assuré s'était plaint de douleurs "extrêmes" et avait dû utiliser une canne. En outre, l'infiltration réalisée en janvier 2015 n'avait permis d'apaiser que transitoirement les douleurs et l'assuré présentait des antécédents de dépressions. Celles-ci avaient notamment occasionné des incapacités de travail prolongées en 2001 et 2006 (dos. AI 19.72/1).

**4.2.4** Dans un avis médical du 16 avril 2015, la médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en médecine interne, a considéré que l'événement de novembre 2014 avait tout au plus occasionné une fracture non déplacée du péroné, qui devait être considérée comme guérie au plus tard après trois mois. En outre, la praticienne a considéré que les troubles dorsaux apparus plusieurs semaines après l'accident n'avaient aucun lien direct avec celui-ci (dos. AI 19.43/1).

**4.2.5** Du 16 juin au 11 juillet, puis du 25 août au 6 octobre 2015, l'assuré a suivi un traitement multimodal de la douleur auprès d'un hôpital universitaire. A l'issue de cette prise en charge, les médecins hospitaliers ont retenu les diagnostics de trouble douloureux chronique avec détresse psychologique consécutive, ainsi que de fissure anale aiguë et de légère carence en vitamine D3 (dos. AI 19.18/1 et 19.6/1). Du 9 au 12 octobre 2015, l'assuré a été hospitalisé au sein du même établissement afin d'y être opéré de l'os cuboïde (dos. AI 4/3). Une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 31 octobre 2015 (dos. AI 37.2/49).

**4.3** L'intimé a encore recueilli, en particulier, les documents suivants.

**4.3.1** Le médecin généraliste traitant (que l'assuré a consulté en dernier lieu le 4 novembre 2019) a établi un rapport le 26 novembre 2020. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral chronique sur spondylarthrose, discopathie L4-L5 et rétrécissement foraminaux L4 à droite, de cervicalgies et cervicobrachialgies chroniques du côté gauche (avec hernie discale C5-C6 et rétrécissement foraminaux à gauche), d'épaule gelée post-traumatique du côté gauche (avec tendinose du tendon supra-épineux et lésion longitudinale du tendon du long biceps), ainsi que de status après fracture de l'os péroné droit et traitement multimodal de la douleur. Hormis les douleurs chroniques pour

lesquelles l'assuré avait suivi un traitement multimodal dès 2015, le médecin a évoqué, dans son anamnèse, le développement d'une épaule gelée (transitoire) à la suite d'une bagarre en 2018, puis d'un syndrome cervico-brachial. Une incapacité de travail avait été attestée du 24 mars au 15 juin 2015, puis du 15 février au 8 décembre 2019. En réponse à une question portant sur l'exigibilité de la profession antérieure, le thérapeute a indiqué ne pas être en mesure d'évaluer actuellement la capacité de travail, dès lors qu'il n'avait plus vu le patient depuis un an. Il a précisé qu'il doutait qu'il existait alors une volonté de réadaptation. Il a enfin jugé le pronostic "très réservé" (dos. AI 27/1).

**4.3.2** Dans ses écrits des 22 avril et 21 octobre 2020, un médecin généraliste ayant suivi l'assuré pendant six mois pour le traitement de ses douleurs a fait état de diagnostics similaires à ceux retenus par le médecin traitant. Il a ajouté que des infiltrations cervicales et lombaires n'avaient pas eu d'effet sur la douleur, alors que des séances de thérapie neurale n'avaient permis de les réduire que pendant deux à trois semaines. D'autres options thérapeutiques demeuraient cependant envisageables (dos. AI 4/1 et 27/5). Dans un rapport du 10 février 2021, ce médecin, après avoir rappelé les douleurs dont souffrait l'assuré depuis plusieurs années (cervicalgies perturbant le sommeil, lombalgies en position assise et douleurs lors de mouvement sollicitant l'épaule gauche, notamment), a conclu qu'au moment où l'intéressé l'avait consulté en dernier lieu, en septembre 2020, ce dernier présentait encore une totale incapacité de travail. Il a précisé que le pronostic de réadaptation était mauvais, en raison de la maladie douloureuse chronique (dos. AI 35/3).

**4.3.3** Du 17 mai au 16 juillet, puis du 26 juillet au 16 août 2021, l'assuré a été pris en charge par la clinique de neurologie d'un hôpital universitaire. Dans les deux rapports correspondants ont été confirmés les diagnostics de trouble douloureux chronique avec facteurs psychiques et somatiques, ainsi que douleurs du pied droit, mais également ceux de syndrome lombo-vertébral chronique, de douleurs cervicales, d'épaule gelée post-traumatique du côté gauche, ainsi que de carences en vitamines et nutriments. Durant sa première prise en charge en hôpital de jour, du 17 mai au 16 juillet 2021, l'assuré a bénéficié d'un traitement multimodal de

la douleur dispensé notamment par des médecins, des psychologues, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes (dos. AI 50/1). Lors du séjour hospitalier du 26 juillet au 16 août 2021, l'assuré a suivi une psychoéducation, ainsi que des thérapies centrées sur le corps (relaxation, etc.). En relation avec le diagnostic de trouble douloureux chronique avec facteurs psychiques et somatiques, les thérapeutes hospitaliers ont indiqué que si les composantes somatiques étaient au premier plan, il existait également des indices en faveur d'un trouble central du traitement de la douleur. En outre, la situation était aggravée par la charge psychosociale, dans le cadre de difficultés financières. Les médecins hospitaliers ont précisé que le séjour n'avait pas eu pour but d'évaluer la capacité de travail, mais que, de leur point de vue, le patient pourrait "éventuellement" bénéficier de mesures d'intégration. A long terme, une psychothérapie ambulatoire était également à envisager (dos. AI 51/1).

**4.3.4** Le 5 mai 2021, une spécialiste en médecine interne du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, après avoir rappelé que le traitement des douleurs musculo-squelettiques de l'assuré s'était jusqu'alors révélé sans succès et qu'il existait des indices en faveur d'une éventuelle symptomatologie psychique, ainsi que d'une consommation de cannabis (dos. AI 39/1).

**4.3.5** Les médecins du centre d'expertise mandaté par l'intimé, spécialisés respectivement en médecine interne, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en psychiatrie-psychothérapie et en neurologie, ont rendu leur rapport le 7 octobre 2022. Ils ont retenu les diagnostics suivants: syndrome de détresse physique modéré (ch. 6C20.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-11] de l'Organisation mondiale de la santé), trouble léger de la personnalité (ch. 6D10.0 CIM-11), lombosciatalgies non déficitaires du côté droit (ch. M545 CIM-11), cervicalgies chroniques (ch. M542 CIM-11), douleurs et raideurs persistantes de l'épaule gauche (ch. M796 CIM-11), status après fracture diaphysaire du péroné droit le 17 novembre 2014 et remodelage de l'os cuboïde le 9 octobre 2015. A l'issue de leurs examens et sous le chapitre de leur rapport intitulé "évaluation consensuelle", les experts ont conclu

que la capacité de travail du recourant était nulle, depuis 2016, dans sa profession antérieure de monteur électricien. En revanche, ils ont jugé que l'intéressé demeurait capable (également dès 2016) d'exercer à plein temps, sans diminution de rendement, toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (dos. AI 60.1/1).

**4.3.6** Suite aux objections formulées le 25 janvier 2023 par l'intéressé contre le préavis de décision (lequel prétendait, entre autres, que l'expert en orthopédie avait tenu des propos "[...] graves et racistes contre les arabes [...]"), l'intimé a invité le centre d'expertise qu'il avait mandaté à se déterminer. Le spécialiste concerné de cet établissement a donné suite à cette demande par un courrier du 28 février 2023. Il y a réfuté catégoriquement les allégations de l'assuré lui prêtant des paroles racistes (qu'il a qualifiées de mensongères), tout en faisant remarquer que l'anamnèse expertale avait fait l'objet d'un enregistrement sonore. Par ailleurs, il a souligné s'être prononcé sur l'ensemble des plaintes afférentes aux problèmes physiques de l'assuré (dos. AI 65/2).

## **5.**

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du 7 octobre 2022, sur laquelle l'intimé s'est fondée pour refuser à l'assuré l'octroi de prestations de l'AI.

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

**5.2** En l'occurrence, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise du 7 octobre 2022 comprend une appréciation interdisciplinaire (consensuelle) synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la médecine interne, de l'orthopédie, de la neurologie et de la psychiatrie (dos. AI 60.1/1). Les experts, dont les qualifications ne donnent pas matière à discussion, ont chacun procédé à un examen personnel de l'assuré et tenu compte des plaintes subjectives de celui-ci, après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (personnelle, familiale, sociale et professionnelle) et résumé les principaux documents recueillis par l'intimé. Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les experts ont décrit le contexte médical de façon claire et ont étayé leurs conclusions par une motivation circonstanciée. Toujours sous l'angle formel et contrairement à ce qu'il a (implicitement) fait valoir dans ses objections au préavis de décision, on remarquera que devant le TA, le recourant ne remet plus en question l'impartialité de l'expert en orthopédie, ceci à juste titre au vu de la détermination convaincante transmise par ce spécialiste le 28 février 2022, dont la teneur n'a d'ailleurs pas été contestée par l'intéressé (dos. AI 65/2). Enfin, s'agissant du volet psychiatrique, le rapport contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.3). Par conséquent, d'un point de vue formel, le rapport du 7 octobre 2022 ne prête pas flanc à la critique.

**5.3** Sur le plan matériel, ce rapport convainc également, tant dans sa motivation que dans ses conclusions.

**5.3.1** D'un point de vue somatique d'abord, l'experte en médecine interne n'a diagnostiqué aucune atteinte se répercutant sur la capacité de travail. La spécialiste de cette discipline a retracé l'anamnèse du cas, résumé les conclusions d'examens complémentaires sollicités dans le cadre de l'expertise (radiographies du pied droit et de la colonne lombaire) et procédé à un examen clinique complet. Elle a en particulier exposé que durant l'entretien, l'assuré avait régulièrement alterné les positions assise et debout, s'était déplacé sans boiterie et n'avait pas manifesté de ralentissement psychomoteur. Par ailleurs, dans le status clinique qu'elle a rédigé, l'experte a signalé, entre autres, une douleur à la palpation de la colonne lombaire (au niveau L2-L3), ainsi qu'une amplitude limitée de

l'épaule gauche lors de gestes d'élévation et d'abduction. Elle a en revanche constaté une mobilité normale de l'épaule droite, des hanches et des genoux. Toujours selon l'experte en médecine interne, bien qu'un manque de vitamines ressortait du dossier, il n'y avait pas de signe de perte excessive d'albumine, ni de carence manifeste (absence d'ascite ou d'œdème des membres inférieurs). En lien avec une plainte de l'assuré concernant des vomissements occasionnels, l'experte a encore évoqué la possibilité de réaliser une gastroscopie, sans pour autant envisager un quelconque diagnostic incapacitant sous l'angle gastroentérologique. A l'issue de son exploration clinique, la spécialiste n'a retenu aucune limitation fonctionnelle relevant de la médecine interne, ce qui est cohérent avec ses constatations (dos. AI 60.2/7-8 et 60.1/2-3). L'expertise s'avère ainsi probante en ce qui concerne son volet de médecine interne.

**5.3.2** Sur le plan orthopédique, l'expert a retenu les diagnostics influençant la capacité de travail de lombosciatalgies non déficitaires du côté droit, de cervicalgies chroniques, ainsi que de douleurs et raideurs persistantes de l'épaule gauche (ch. M545, M542 et M796 CIM-11). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a évoqué un status après fracture diaphysaire du péroné droit et remodelage de l'os cuboïde. Dans le cadre de son évaluation de la capacité de travail – qu'il a jugée nulle dans la profession antérieure de monteur électricien, mais entière, sans diminution de rendement, dans tout emploi compatible avec les limitations fonctionnelles –, l'expert orthopédiste a énoncé clairement les exigences auxquelles devait répondre une activité adaptée. A cet égard, il a préconisé l'exercice d'une profession sédentaire ou semi-sédentaire, permettant à l'assuré d'alterner les positions et d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, de même que les mouvements répétés ou en hauteur sollicitant l'épaule gauche, ainsi que les travaux impliquant des positions penchées en avant, en porte à faux, ou debout de façon statique (dos. AI 60.5/8). Au vu de ses constatations cliniques, qu'il a confrontées aux plaintes de l'assuré, ainsi que des lésions qu'il a relevées sur la base du dossier radiologique (hernie discale médiane C5-C6, discrets troubles dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire et pincement de l'interligne de la première articulation métatarso-phalangienne [MTP1]; voir dos. AI 60.5/6), le profil d'exigibilité défini par le spécialiste en orthopédie apparaît logique

et convaincant. Il en va de même de ses diagnostics et de ses conclusions sur la capacité de travail.

**5.3.3** En ce qui concerne le volet neurologique de l'expertise, le spécialiste n'a diagnostiqué aucune atteinte incapacitante relevant de son domaine de compétence. Après avoir rappelé que l'assuré déplorait essentiellement des douleurs lombaires et cervicales, irradiant dans les membres supérieurs et inférieurs, l'expert neurologue a considéré en substance, dans son appréciation, que ces plaintes étaient "peu plausibles" d'un point de vue neurologique. A cet égard, il a souligné que l'assuré avait fait preuve durant l'examen clinique d'un comportement démonstratif (caractérisé notamment par des grimacements et des gémissements) et que ses plaintes étaient dénuées de substrat objectivable, dans la mesure où aucune anomalie neurologique significative n'avait pu être mise en évidence (vu notamment l'absence de syndrome médullaire ou radiculaire des membres supérieurs et inférieurs). Pour le reste, l'expert en neurologie n'a pas fait état de limitations fonctionnelles particulières hormis pour le port de charges lourdes. Il a précisé que cette restriction résultait des troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, qu'il a toutefois qualifiés de "peu sévères" (dos. AI 60.4/3-4). Partant, force est d'admettre que le volet neurologique de l'expertise ne prête pas flanc à la critique, dans la mesure où il repose sur un examen clinique exhaustif et sur une motivation intelligible. Cela vaut a fortiori en ce qui concerne la conclusion de l'expert niant toute incapacité de travail d'ordre neurologique.

**5.3.4** Enfin, les conclusions des experts psychiatres s'avèrent également convaincantes. En effet, ceux-ci ont d'abord motivé de façon logique le diagnostic de syndrome de détresse physique modéré, puisqu'ils ont relaté que l'assuré avait souffert de douleurs à la jambe droite avec lombalgies et myalgies diffuses, dont l'évolution n'avaient pas été congruente avec la gravité de la lésion. Ils ont notamment pris en compte que l'assuré avait fait face à un conflit émotionnel sous-jacent, puisque ses conditions de vie étaient précaires et que l'assuré était impacté par une relation sentimentale complexe. Il en avait résulté, selon les experts, un sentiment de détresse, altérant son fonctionnement social et professionnel. Ces derniers se sont aussi montrés convaincant en posant le diagnostic de trouble léger de la

personnalité. Ils ont à ce titre illustré de manière cohérente des problèmes de fonctionnement, empreints de dysfonctionnements interpersonnels, avec des difficultés dans la gestion d'une irritabilité et d'agressivité, des altercations physiques étant évoquées. Ils ont précisé que ce diagnostic était issu de schémas inadaptés et présents depuis le jeune âge, en terme de cognition, ainsi que d'expérience et d'expression émotionnelle. Il avait par ailleurs, selon eux, également été associé à la détresse précitée, de même qu'à la déficience significative affectant différents domaines de sa vie. Les experts ont relevé de façon crédible que les symptômes s'étaient toutefois atténués, l'assuré parvenant à retrouver un équilibre. L'avis des experts est d'autant plus probant qu'ils ont évoqué d'autres diagnostics potentiels (qu'ils ont cependant niés), en particulier une pathologie anxieuse ou dépressive (en soulignant notamment l'absence d'anhédonie franche et le fait que l'humeur n'était qu'occasionnellement triste), ainsi qu'un trouble délirant, schizophrénique, paranoïde, psychotique ou addictologique. Ils ont conclu de façon compréhensible que le premier diagnostic pouvait être à la base de difficultés relationnelles, alors que le second était source d'une certaine fatigabilité. Une lenteur occasionnelle pour la planification et la structuration a encore été admise de manière convaincante, sur la base d'un test standardisé, tout comme une capacité d'endurance moyennement limitée (dos. AI 60.3/6-8). Dans cette mesure, on ne voit rien à redire dans le fait que les experts ont conclu à une capacité de travail de 80% depuis 2016 dans l'activité habituelle (du fait de la comorbidité des diagnostics retenus, accompagnés d'irritabilité et restreignant l'endurance ainsi que le temps de planification/de réalisation des tâches), mais de 100% dans une activité adaptée (dos. AI 60.1/3).

**5.3.5** En outre, puisque les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (voir c. 2.3), on relèvera que le volet psychiatrique de l'expertise résiste aussi à l'examen des indicateurs développés en la matière par le Tribunal fédéral. A cet égard, il convient préalablement de rappeler qu'une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen à un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une

action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Dans le cas d'espèce, en ce qui concerne le premier niveau de l'analyse, les experts psychiatres n'ont pas retenu de motif d'exclusion, en particulier sous la forme d'une simulation par l'assuré de sa maladie (ATF 141 V 281 c. 2.2 et 2.2.1). S'agissant du deuxième niveau, plus particulièrement du complexe "atteinte à la santé" (ATF 141 V 281 c. 4.3), les spécialistes ont motivé de façon succincte mais convaincante le degré de gravité des diagnostics retenus, de moyen pour le premier et de léger pour le second, comme évoqué. Ce faisant, on ne saurait déduire de la symptomatologie décrite dans l'expertise un degré de gravité important de la maladie (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.1). L'évaluation effectuée par les experts à l'aide du canevas Mini-CIF-APP (instrument d'évaluation des aptitudes psychiques, notamment) plaide également contre l'existence de limitations significatives, respectivement de troubles psychosomatiques graves, puisqu'il en ressort des capacités largement préservées dans onze des treize domaines examinés (dos. AI 60.3/8). En ce qui concerne la question du traitement médical et des mesures de réadaptation (ATF 141 V 281 c.4.3.1.2), les spécialistes, après avoir précisé que l'assuré ne bénéficiait que d'un suivi tous les deux mois auprès de la clinique psychosomatique d'un établissement hospitalier, ont suggéré un suivi psychiatrique et psychothérapeutique plus régulier, à tout le moins mensuellement (dos. AI 60.3/5 et 60.3/9). Il subsiste donc des mesures thérapeutiques permettant d'accompagner la reprise d'une activité lucrative, étant précisé que les experts n'ont pas conditionné la reprise du travail à l'intensification préconisée du suivi psychiatrique-psychothérapeutique. Interrogés au sujet d'éventuelles mesures de réadaptation, les spécialistes ont répondu que même si l'assuré bénéficiait de ressources significatives, de telles mesures pourraient néanmoins être entravées par des difficultés relationnelles et par

un risque d'irritabilité en cas d'exposition au stress (dos. AI 60.3/8). S'agissant des complexes "personnalité" et "contexte social" (ATF 141 V 281 c. 4.3.2 et 4.3.3), les experts ont notamment indiqué que l'assuré ne souffrait pas d'isolement grâce à son entourage, constitué en particulier de ses enfants et de ses amis, dont le soutien représentait pour lui une source de motivation importante (dos. AI 60.3/6-7). Sans occulter la présence de comorbidités psychiatriques, ils ont néanmoins souligné que l'assuré disposait encore de "multiples" ressources résiduelles, en particulier de capacités inentamées d'adaptation, de jugement, de prise de décision, d'affirmation, de contact avec les tiers et de déplacement. Ils ont ajouté que l'assuré bénéficiait de compétences professionnelles et d'une importante expérience de vie (voir l'évaluation Mini-CIF-APP; dos. AI 60.3/8). Quant aux aspects liés à la cohérence, les experts ont certes mentionné que le descriptif d'une journée-type fourni par l'intéressé suggérait une réduction des activités professionnelles et extraprofessionnelles. Il n'en demeure pas moins que, selon les indications figurant dans l'expertise, l'assuré demeure capable malgré ses douleurs de cuisiner, d'effectuer la plupart des tâches ménagères et de pratiquer des loisirs exigeant un investissement physique plus ou moins important, dont le bricolage et la marche (dos. AI 60.2/6 et 60.3/9). Sous l'angle de la cohérence, on peut donc exclure une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (ATF 141 V 281 c. 4.4.1; en ce sens, voir également arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_585/2019 du 3 juin 2020 c. 4.2). De l'examen au second niveau des indicateurs, il résulte par conséquent que les atteintes à la santé diagnostiquées ne présentent pas de caractère invalidant, respectivement qu'elles sont compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à 100%.

**5.3.6** De façon consensuelle, les experts sont parvenus à la conclusion que l'assuré, bien qu'inapte à exercer sa profession antérieure de monteur électricien, demeurerait capable d'exercer à plein temps toute activité compatible avec les limitations énoncées par le spécialiste en orthopédie (voir pour le détail c. 5.3.2 ci-dessus; voir également dos. AI 60.1/4). Au vu de ce qui précède, ces conclusions s'avèrent compréhensibles et peuvent être suivies, en tant que telles mais aussi d'un point de vue juridique.

**5.4** Pour le surplus, le dossier ne contient aucun document médical susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. On relèvera en particulier qu'à l'instar des thérapeutes hospitaliers, les médecins généralistes consultés par l'assuré ne se sont pas déterminés de façon motivée sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que leurs rapports respectifs ne remettent pas en cause l'avis des experts (voir notamment dos. AI 27/4, 35/4 et 51/3). En conséquence, une pleine valeur probante peut être reconnue à l'expertise du 7 octobre 2022.

## **6.**

A ce stade, il y a lieu de calculer le degré d'invalidité.

**6.1** D'emblée, on précisera qu'à l'inverse de ce que prétend l'assuré (voir p. 3 du recours), il n'est nullement contradictoire d'admettre, comme l'a fait l'intimé, une incapacité de travail totale dans la profession antérieure, tout en arrêtant le degré d'invalidité à 6%. En effet, la méthode d'évaluation de l'invalidité ici applicable, soit la méthode générale de comparaison des revenus, implique une comparaison entre deux revenus hypothétiques, à savoir entre le revenu que la personne assurée pourrait vraisemblablement réaliser si elle n'avait pas subi d'atteinte à la santé, et celui qu'elle pourrait réaliser malgré son atteinte à la santé en exerçant toute activité raisonnablement exigible de sa part (et non spécifiquement sa profession antérieure; à ce propos, voir MARGIT MOSER-SZELESS, in: DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], *Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, art. 16 n. 16 ss).

**6.2** A l'instar de ce qu'a fait l'intimé, la comparaison de revenus (art. 16 LPG) doit être opérée sur la base de données valables en 2021, année correspondant à la naissance potentielle du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222 c. 4.1). En effet, l'assuré ayant déposé sa demande de prestations en octobre 2020, le droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à partir du 1<sup>er</sup> avril 2021 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**6.3** Pour déterminer le revenu sans invalidité (ou revenu de personne valide), soit celui que le recourant aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, pu réaliser sans handicap (ATF 134 V 322 c. 4.1), l'intimé s'est référé aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020, en se fondant sur le salaire statistique d'un ouvrier de l'assemblage selon la table T17. L'intimé a ainsi fixé le revenu sans invalidité à Fr. 69'940.-. Le choix de l'intimé de déterminer le revenu sans invalidité sur cette base statistique ne prête pas flanc à la critique (TF 8C\_111/2020 du 15 juillet 2022 c. 7.3.1). En effet, dès lors que la dernière activité lucrative exercée par l'intéressé a pris fin en raison du fait qu'il s'agissait d'un engagement de durée déterminée (dos. AI 13/1 et 18/2), on peut certes supposer que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait continué de travailler dans la même branche, mais pas à son dernier poste de travail. Le revenu sans invalidité n'a donc pas à être chiffré sur la base du dernier salaire perçu (en ce sens, voir ATF 139 V 28 c. 3.3.2; voir également VGE IV/2018/609 du 1<sup>er</sup> novembre 2018 c. 4.3, JTA AI/2015/739 du 1<sup>er</sup> novembre 2016 c. 5.2). En outre, il convient de relever que selon les inscriptions figurant dans l'extrait du compte individuel AVS et en faisant abstraction de l'année 2015, durant laquelle il n'a pas (ou pratiquement pas) travaillé, le recourant a perçu, durant ses dernières années d'activité, des salaires sensiblement inférieurs au salaire statistique sur lequel s'est fondé l'intimé (Fr. 57'617.- en 2016; Fr. 52'666.- en 2014; Fr. 48'758.- en 2013; Fr. 59'827.- en 2012; Fr. 41'002.- en 2011; voir dos. AI 12/1). Celui-ci s'avère ainsi relativement favorable au recourant au vu de son parcours professionnel. Si l'on se base sur la table T17 de l'ESS 2020 mentionnée dans la décision attaquée, le salaire statistique dans la branche considérée (ligne 82, total hommes) s'élève à Fr. 69'888.- (Fr. 5'824.- x 12). Il convient encore d'indexer ce revenu jusqu'à l'année 2021 (ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1). Ainsi, adapté au moyen de l'indice des salaires nominaux publié par l'OFS (table T1.1.10 [base 2010=100], hommes, ligne 41-43 [branche de la construction], indices 2020=105.6; 2021=105.7; voir à cet égard TF 8C\_174/2019 du 9 juillet 2019 c. 6.3.2), le revenu sans invalidité s'élève à Fr. 69'954.- ([Fr 69'888.- x 105.7] : 105.6).

## 6.4

**6.4.1** Pour fixer le revenu d'invalidé, qu'il a arrêté à Fr. 65'328.-, l'intimé s'est fondé (également) sur l'ESS 2020, plus particulièrement sur valeur centrale des hommes exerçant une activité non qualifiée dans le secteur privé, selon la table TA1\_tirage\_skill\_level. C'est le lieu de relever que, lorsque depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (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 utilisée. Lorsque sont utilisés les salaires bruts standardisés, il convient, d'après la jurisprudence, de toujours se baser sur la valeur centrale (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). Par ailleurs, 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 148 V 174 c. 6.3, 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3).

**6.4.2** En l'occurrence, dans la mesure où le recourant considère que ses problèmes de santé rendent illusoire toute perspective d'engagement, à tout le moins sans une aide spécifique de l'assurance-invalidité (voir sa réplique du 10 septembre 2023, p. 1), on relèvera tout d'abord que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 148 V 174 c. 9.1, 138 V 457 c. 3.1; SVR

2019 IV n° 21 c. 4.2). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (SVR 2016 IV n° 2 c. 4.4). Dans le cas particulier, les limitations fonctionnelles retenues par les experts se rapportent au port de charges supérieures à 10 kg, aux mouvements répétés ou en hauteur sollicitant l'épaule gauche, de même qu'aux travaux impliquant des positions penchées en avant, en porte à faux, ou debout de façon statique. Les experts ont certes également mentionné quelques limitations d'ordre psychique (risque d'irritabilité en cas de stress et lenteur dans la planification et la réalisation de tâches en cas de douleurs; dos. AI 60.1/3), mais on doit considérer que celles-ci ne réduisent pas de façon notable le spectre des professions encore susceptibles d'être envisagées (ces restrictions n'ont du reste pas été reprises dans la liste des limitations auxquelles devrait satisfaire un emploi adapté, selon les conclusions consensuelles des spécialistes). Ainsi, compte tenu du profil d'exigibilité énoncé par les experts (dos. AI 60.1/4), il convient d'admettre qu'il subsiste pour le recourant un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est adapté à ses limitations fonctionnelles et accessibles sans formation particulière (voir TF 8C\_134/2020 du 29 avril 2020 c. 4.5 et les références, 8C\_25/2012 du 3 juillet 2012 c. 4.2). A titre d'exemples, on peut notamment citer les travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines semi-automatiques ou d'unités de production, voire les activités de surveillant de musée ou de parking (en ce sens, voir notamment JTA LAA/2023/290 du 2 mai 2024 c. 9.3.3, LAA/2021/40 du 20 août 2021 c. 6.5.2).

**6.4.3** Cela étant précisé, et dans la mesure où l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative depuis août 2016, selon sa demande de prestations AI et son curriculum vitae (dos. AI 1/6 et 18/2), c'est à juste titre que l'intimé a chiffré le revenu d'invalide en se basant sur la valeur centrale des salaires versés pour des activités simples et non qualifiées selon l'ESS 2020 (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2 et 3.5). L'utilisation de cette valeur statistique n'apparaît nullement irréaliste, quoi qu'en dise le recourant, mais

s'avère au contraire conforme à la jurisprudence. Il en résulte qu'en exerçant une telle activité, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'261.- (ESS 2020, table TA1\_tirage\_skill\_level, secteur privé, ligne total, niveau de compétences 1, hommes). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, ils doivent être réévalués en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises de 41,7 heures par semaine (voir la table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique" publiée par l'OFS). En tenant compte de cette adaptation, on obtient un salaire annuel de Fr. 65'815.- ( $(\text{Fr. } 5'261.- \times 12 \times 41,7) : 40$ ). Il convient encore d'indexer ce revenu jusqu'à l'année 2021. Ainsi, adapté au moyen de l'indice des salaires nominaux publié par l'OFS (table T1.1.10 [base 2010=100], hommes, ligne "total", indices 2020=106.8; 2021=106.0), le revenu d'invalide sans abattement s'élève à Fr 65'322.- ( $(\text{Fr } 65'815.- \times 106.0) : 106.8$ ).

**6.4.4** L'intimé n'a procédé à aucune réduction supplémentaire du revenu d'invalide. Pour sa part, le recourant ne prétend pas qu'un tel abattement se justifierait en l'espèce. Quoi qu'il en soit, les faits de la cause ne sauraient justifier un abattement excédant 10%. A cet égard, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C\_289/2021 du 3 février 2022 c. 4.4). En l'espèce, si les limitations fonctionnelles de l'assuré excluent les travaux lourds, il n'apparaît pas qu'elles restreindraient de manière significative les activités légères, en tout cas pas dans une mesure qui justifierait un abattement supérieur à 10% (dans le même sens, voir TF 9C\_325/2022 du 25 mai 2023 c. 6.3, 9C\_484/2016 du 10 février 2017 c. 4.3, 9C\_533/2010 du 21 février 2011 c. 3). En outre, le critère du taux d'occupation n'entre pas en considération, dès lors qu'à teneur de l'expertise, l'assuré demeure apte à exercer une activité adaptée à plein temps. Par ailleurs, on peut exclure tout inconvénient lié à l'âge ou à la nationalité étrangère, étant donné qu'en 2021, l'intéressé n'était âgé que de 48 ans et vivait en Suisse depuis plus de vingt ans (TF 8C\_883/2015 du 21 octobre 2016 c. 6.3.2). Pour le reste, l'absence de formation et

d'expérience ne joue en règle générale pas de rôle lorsque le revenu d'invalidé est déterminé, comme en l'occurrence, sur la base du salaire statistique correspondant au niveau de compétence 1 de l'ESS (TF 8C\_118/2021 du 21 décembre 2021 c. 6.3.2 et la référence). La durée de l'absence du marché du travail ne constitue pas non plus une circonstance déterminante dans ce contexte (TF 9C\_17/2018 du 17 avril 2018 c. 4.3 et les références). En définitive, en tenant compte d'un abattement de 10%, l'on parvient à un revenu d'invalidé de Fr. 58'790.- (Fr. 65'322.- x 90%).

**6.5** La comparaison avec le revenu sans invalidité (de Fr. 69'954.-) met en évidence un degré d'invalidité (arrondi) de 16% tout au plus, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

## **7.**

Il reste à examiner le droit à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement à un reclassement, à une orientation professionnelle et à une aide au placement (art. 17, 15 et 18 LAI).

### **7.1**

**7.1.1** Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Est considéré comme invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté parce que l'atteinte à la santé est d'un genre et d'une importance tels que l'on ne peut plus exiger la poursuite, en tout ou partie, de la même activité professionnelle. Le degré d'invalidité doit atteindre un certain niveau, ce qui est le cas, selon la jurisprudence, lorsque la perte de gain durable liée à l'invalidité est de 20% environ dans les activités lucratives encore exigibles sans formation professionnelle supplémentaire (il ne s'agit toutefois que d'une valeur indicative; ATF 130 V 488 c. 4.2, 124 V 108 c. 2b; SVR 2010 IV n 24 c. 4).

**7.1.2** En l'espèce, le recourant ne peut prétendre à l'octroi d'un reclassement, dès lors que son taux d'invalidité n'atteint pas le seuil permettant d'ouvrir droit à une telle mesure. On précisera que des circonstances qui pourraient justifier de s'écarter du taux d'invalidité minimal de 20% environ ne sont pas invoquées et ne ressortent pas non plus du dossier (en ce sens, voir VGE IV/2014/1125 du 11 février 2015 c. 4.5.3 et 4.5.4).

## **7.2**

**7.2.1** Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. La notion d'invalidité spécifique à l'art. 15 LAI réside dans le fait que l'assuré est limité dans le choix d'une profession, ou empêché d'exercer la profession choisie, dans le cas d'un assuré en soi à même de choisir une profession. Entre en considération toute atteinte corporelle ou psychique, qui restreint le cercle des professions ou activités accessibles à l'assuré, conformément à ses capacités et sa volonté, ou qui rend l'exercice de l'activité habituelle inexigible. Sont exclus les handicaps minimes qui entraînent un préjudice insignifiant et ne justifient donc pas une prise en charge par l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 c. 1a).

**7.2.2** Au cas particulier, il apparaît que le marché équilibré du travail pris en considération dans le domaine de l'assurance-invalidité offre un éventail suffisamment large d'activités correspondant aux limitations énoncées par les experts et accessibles sans formation particulière (voir c. 6.4.2 ci-dessus). Il n'existe dès lors aucun d'obstacle à l'exercice par le recourant d'un tel emploi. C'est le lieu de relever que, selon le Tribunal fédéral, il n'existe en principe pas de droit à une mesure d'orientation professionnelle lorsque l'exclusion liée au handicap ne concerne que les travaux lourds, le cercle des activités demeurant accessibles à l'assuré n'étant alors que peu restreint (en ce sens, voir TF 9C\_534/2010 du 10 février 2011 c. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du Tribunal fédéral] I 627/02 du 7 juillet 2003 c. 2.2.1, I 665/00 du 5 novembre 2002 c. 4.2, I 761/01 du 18 octobre 2002 c. 4.3). Tel est le cas en l'occurrence, raison pour laquelle l'octroi d'une mesure

d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflue.

### **7.3**

**7.3.1** L'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (art. 18 al. 1 LAI). Le Tribunal fédéral considère que, lorsque seul l'exercice d'activités légères est exigible, l'assuré doit être entravé dans la recherche d'un emploi de manière spécifique par l'atteinte à la santé afin de pouvoir bénéficier d'une aide au placement. Tel est le cas, par exemple, si en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (TFA I 421/01 du 15 juillet 2002 c. 2c; SVR 2010 IV n° 48 c. 2.2).

**7.3.2** En l'occurrence, en ce qui concerne l'aide au placement, il faut relever une fois encore que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, les restrictions en cause s'apparentent à des mesures relativement classiques d'épargne lombaire et scapulaire, affectant de surcroît spécifiquement l'épaule gauche pour un assuré droitier (voir dos. AI 60.1/4 et 60.5/5). Celles-ci sont compatibles avec un nombre significatif d'emplois proposés sur le marché du travail, comme on l'a vu. Force est d'admettre que le recourant ne présente dès lors aucune limitation (spécifique) au sens de la jurisprudence, qui l'entraverait dans la recherche d'un emploi. Du reste, l'intéressé ne se prévaut d'aucun empêchement de cette nature, mais se limite à alléguer que "comme étranger, [il] n'a aucune chance de trouver une entreprise qui [prendrait] le moindre risque de [l']engager avec les problèmes de santé [qu'il] a eu" (voir son écrit du 11 juillet 2023, p. 2). Il affirme en outre que les entreprises qu'il a contactées "[lui] ont bien fait comprendre [qu'elles] n'engage[aient] que du personnel en bonne santé [...]" (voir sa réplique du 10 septembre 2023, p. 1). Au degré de la vraisemblance prépondérante et à la lumière de la documentation médicale

figurant au dossier, il faut ainsi partir du principe que l'intéressé peut se rendre sans entrave à des entretiens d'embauche et expliquer les conditions de travail qui lui sont imposées en raison de son état de santé (en ce sens, voir TFA I 669/02 du 24 décembre 2002 c. 3; voir également TF 8C\_199/2023 du 30 août 2023 c. 6.2 à 6.4, 9C\_580/2021 du 4 février 2022 c. 3.2.1). Au surplus, on ne voit pas en quoi l'origine étrangère du recourant empêcherait ce dernier de fournir de telles explications, étant précisé que l'intéressé "parle et comprend très bien le français", selon les constatations des experts (voir dos. AI 60.3/4).

**7.4** Pour le reste, il n'apparaît pas que d'autres mesures d'ordre professionnel (et plus généralement d'autres mesures de réadaptation) seraient susceptibles d'entrer en considération dans le cas d'espèce. Le recourant n'en désigne au demeurant aucune.

## **8.**

**8.1** En conclusion, c'est à bon droit que, dans sa décision du 18 avril 2023, l'intimé a nié tout droit à des mesures d'ordre professionnel, ainsi qu'à une rente. Le recours est dès lors mal fondé et doit être rejeté.

**8.2** Conformément à l'art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA). Par ailleurs, il ne peut prétendre à des dépens, même sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 s. et 108 al. 3 LPJA), à l'instar de l'intimé (art. 108 al. 3 LPJA).

**8.3** Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice.

**8.3.1** Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101] et 61 let. f LPGA, en lien avec l'art. 111 al. 1 LPJA).

**8.3.2** Compte tenu des pièces produites à l'appui de sa requête du 11 juillet 2023 (voir en particulier la PJ 6 annexée à celle-ci), la condition financière est remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance des services sociaux (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête doit donc être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Les frais de procédure, à hauteur de Fr. 800.-, sont ainsi provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

**8.3.3** Le recourant doit toutefois être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).