

**200.2023.637.AI**  
N° AVS  
MAU/EGC

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

**Jugement du 17 février 2024**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges  
A. Mariotti, greffière

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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 27 juillet 2023



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1964, marié et père de six enfants majeurs nés de deux unions différentes, est entré en Suisse en 1990. Il est au bénéfice d'une formation de peintre industriel accomplie dans son pays d'origine. Depuis son arrivée en Suisse, il a travaillé notamment en tant que magasinier, vendeur automobile et livreur. Il est soutenu par le service social régional depuis septembre 2003. En mai 2016, il a été victime d'un accident vasculaire cérébral. Par formulaire du 2 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, en évoquant un accident vasculaire cérébral et une baisse de la force motrice au niveau du pied gauche séquellaire. Sur la base d'une expertise en neurologie et neuropsychologie, l'Office AI Berne a nié tout droit à la rente par décision du 23 janvier 2019, rendue après un préavis identique du 4 octobre 2018.

**B.**

Au moyen d'un formulaire du 6 avril 2021, l'assuré a une nouvelle fois sollicité des prestations de l'AI (mesures professionnelles et rente). Il s'est alors prévalu d'une lombodiscarthrose avec canal lombaire étroit, d'une cardiopathie ischémique, d'hypertension et des suites d'un AVC. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré des rapports cardiologiques, neurologique, radiologique, de médecine interne, d'infectiologie et de son médecin généraliste traitant. Après avoir demandé avis au Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a rendu, en date du 29 décembre 2021, un préavis refusant une rente d'invalidité à l'assuré sur la base d'un degré d'invalidité de 10%. A la suite des objections formulées par l'assuré les 2 février et 1<sup>er</sup> mars 2022, par son avocat mandaté, l'Office AI Berne a demandé au SMR de se prononcer sur le besoin d'une instruction médicale complémentaire, à la suite de quoi, des examens cardiologiques ont été effectués, sur lesquels le SMR s'est également positionné par rapports des 7 mars 2022, 24 avril et 29 juin

2023. Sur ce fondement et par acte du 27 juillet 2023, l'Office AI Berne, confirmant son précédent préavis, a nié tout droit à des prestations.

### **C.**

Par écrit du 12 septembre 2023, l'assuré, toujours représenté, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il demande en substance, sous suite de frais et dépens, outre l'assistance judiciaire (avec désignation de son avocat en tant que mandataire d'office) et l'annulation de la décision du 27 juillet 2023, principalement, l'allocation d'une rente d'invalidité d'un degré à dire de justice à compter du 29 octobre 2021, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé afin qu'il rende une nouvelle décision après avoir repris l'instruction médicale du dossier dans le sens des considérants et, plus subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer le taux d'invalidité. Par mémoire de réponse du 27 septembre 2023, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 18 octobre 2023, l'intéressé a confirmé ses conclusions et remis la note d'honoraires de son avocat. L'intimé a renoncé à dupliquer.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 27 juillet 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à des prestations. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi de prestations de l'AI. Est particulièrement critiquée par le recourant l'évaluation faite par l'Office AI Berne de son degré d'invalidité.

**1.2** Interjeté en temps utile (compte tenu des fêtes judiciaires; voir art. 38 al. 4 let. b de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss 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]).

**1.3** 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 potentiel du recourant à une rente est pour sa part né antérieurement à cette date, si bien qu'il doit être examiné selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir JTA AI/2022/751 du 27 novembre 2023 c. 2.1).

**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). 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** 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). 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).

**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 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.

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

**2.6** 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 2021 IV n° 54 c. 2.3).

**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** Par la décision attaquée, l'intimé a exclu tout droit à des prestations, en indiquant qu'une activité légère, s'exerçant dans différentes positions mais principalement en position assise, était, d'un point de vue médical, exigible à 100% sans diminution de rendement. Pour apprécier l'état de santé du recourant, l'intimé s'est basé sur l'avis du SMR. Il a, en outre, confirmé le taux d'invalidité de 10%, qui avait été retenu lors du premier préavis, sur la base de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, niant de ce fait tout droit à une rente. Dans son mémoire de réponse, l'intimé a ajouté que les rapports du SMR avaient une fonctionnalité différente de l'expertise médicale, ce qui avait pour conséquence qu'ils n'étaient pas soumis aux mêmes exigences formelles. Il a ajouté que tous les rapports médicaux figurant au dossier avaient été soumis au SMR et que, s'agissant d'une instruction médicale complémentaire, le SMR avait relevé que tous les examens cardiologiques nécessaires avaient été effectués et étaient normaux. Même dans le cas extrêmement improbable d'un trouble du sommeil, cela ne changerait d'ailleurs rien aux performances cardiaques. Ainsi, l'intimé a conclu qu'une instruction médicale supplémentaire n'était pas nécessaire.

**3.2** Dans son mémoire de recours du 12 septembre 2023, le recourant écrit, quant à lui, qu'il souffre d'atteintes à la santé nombreuses et variées, ce qui a un impact sur sa capacité de travail résiduelle. En effet, outre ses problèmes cardiaques, il déclare avoir d'autres problèmes de santé, attestés par des certificats médicaux dont une discopathie dégénérative L4/L5 symptomatique avec composante radiculaire du côté gauche et une possible apnée du sommeil. Il rappelle que son incapacité de travail est donc bien supérieure à 10%. A cet égard, le recourant critique la réduction au titre d'abattement de 10% sur son revenu d'invalidé, qui devrait être supérieure au vu de l'ensemble des atteintes à la santé dont il souffre, ainsi que l'évaluation de son degré d'invalidité en résultant. En outre, il rappelle que, déjà dans son opposition, il avait relevé la nécessité d'effectuer une expertise médicale pluridisciplinaire. Cependant, il reproche à l'intimé de ne pas y avoir donné suite. Il rappelle que seul un médecin du SMR s'est prononcé sur sa situation médicale, sans même le rencontrer ou

l'examiner. Selon lui, cette prise de position n'équivaut ainsi pas à une expertise qui est pourtant nécessaire lorsqu'il subsiste des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation du médecin interne à l'assureur, ce qui devrait aussi s'appliquer aux médecins du SMR qui ont un lien privilégié avec l'assureur.

#### 4.

En préambule, il faut relever que l'intimé est entré en matière sur la demande de prestations du recourant datée du 6 avril 2021. Dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit dès lors plutôt procéder à un examen matériel du cas d'espèce (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n°36 c. 3.1).

#### 5.

**5.1** La première décision de l'intimé du 23 janvier 2019 ayant nié le droit aux prestations s'était principalement fondée sur une expertise en neurologie et neuropsychologie du 4 septembre 2018 (dossier [dos.] AI 47). En substance, il était ressorti de l'examen clinique en neurologie une discrète hémiplégie gauche et une encéphalopathie vasculaire reconnues avec lesquelles une forte limitation de la mobilité n'était cependant pas cohérente face aux activités de loisirs accomplies et à la présence de cales des cavités plantaires. Il était ressorti de l'examen clinique en neuropsychologie des résultats très inférieurs à la moyenne, mais expliqués par un traitement erroné des troubles cognitifs. Les douleurs exprimées n'étaient que partiellement explicables. L'hallux valgus gauche aurait pu expliquer la claudication. Le recourant était gêné dans son ancienne activité de peintre industriel, car ce travail impliquait de porter et soulever fréquemment des charges. Ainsi, dans son activité précédente, la capacité de travail était de 50% depuis mai 2016 alors qu'elle était de 100% dans une activité adaptée, à savoir une activité légère, s'exerçant dans

différentes positions, mais principalement en position assise (dos. AI 47.1/7-8).

**5.2** A réception de la demande datée du 6 avril 2021, l'intimé a réuni les documents médicaux suivants.

**5.2.1** L'agence AVS-AI du lieu de domicile du recourant a transmis divers documents médicaux en vue de l'instruction de la demande (dos. AI 76). Il s'est d'abord agi d'un premier rapport d'un hôpital régional du 8 février 2019 concernant l'hospitalisation du recourant du 2 au 7 février 2019 pour cervicalgies, dorsalgies et lombalgies, duquel il ressort qu'il a probablement souffert d'une arthrite septique interfacettaire à la suite d'une infection au streptococcus agalactiae (dos. AI 76/26-28). Un rapport d'un institut de radiologie du 2 mai 2019 a indiqué la persistance d'un épanchement intra-articulaire au niveau de l'articulation zygapophysaire L5-S1 droite ainsi que d'une infiltration inflammatoire des tissus mous adjacents et du foramen homolatéral. Il n'y a en revanche pas eu de signe de spondylodiscite infectieuse et d'abcès au sein des parties molles (dos. AI 76/24-25). Le document est suivi d'un rapport d'un hôpital régional du 7 mai 2019 ayant fait état d'une évolution clinique favorable concernant l'arthrite septique avec disparition des douleurs, l'absence de récurrence de fièvre à l'arrêt de l'antibiothérapie et pas de limitation de la mobilité. L'aspect radiologique était également rassurant avec diminution de l'inflammation (dos. AI 76/22-23). Il y a ensuite eu un rapport d'un institut de radiologie du 16 septembre 2020 qui a conclu à une lombodiscarthrose étagée avec discopathie plus sévère à la charnière lombo-sacrée et un antélisthésis en péjoration de L5 sur S1 ainsi qu'à l'absence d'image osseuse focale suspecte (dos. AI 76/20). Un second rapport du même institut du 5 octobre 2020 a conclu, au niveau lombaire, à une lombodiscarthrose étagée avec étroitesse canalaire centrale relative en L4-L5, à une étroitesse foraminale L3-L4 gauche, L4-L5 et L5-S1 bilatérale avec des conflits potentiels à ce niveau ainsi qu'à une arthrose postérieure hypertrophique et en acutisation en L5-S1 gauche sans valeur infectieuse manifeste. Au niveau sacro-iliaque, il n'y avait pas d'argument pour une atteinte inflammatoire ou post-inflammatoire sacro-iliaques et un remodelage dégénératif bilatéral (dos. AI 76/18-19). A encore figuré parmi les documents transmis, un rapport d'un médecin spécialiste

en neurochirurgie du 20 novembre 2020 qui a notamment constaté une discopathie dégénérative L4/L5 avec large protusion discale ayant entraîné une sténose récessale et préforaminale prédominante du côté gauche. A cet égard, une infiltration radioguidée à l'étage L4/L5 du côté gauche a donc été proposée (dos. AI 76/16). Le 18 décembre 2020, ce spécialiste a observé une évolution clinique favorable à la suite de l'infiltration avec une amélioration de la mobilité au niveau du rachis lombaire. S'il persistait une certaine faiblesse subjective au niveau du membre inférieur gauche, le patient s'est déclaré assez satisfait du résultat (dos. AI 76/14). Des rapports en lien avec l'état de santé cardiologique du recourant ont également été versés au dossier. Il s'est d'abord agi d'un rapport du 10 février 2021 d'un centre hospitalier concernant une hospitalisation du 8 au 10 février 2021 lors de laquelle il a été procédé à une coronographie et une angioplastie à la suite d'un infarctus du myocarde (dos. AI 76/8-11). Il s'est ensuite agi d'un rapport du 3 mars 2021 du cardiologue traitant établi à la suite de l'infarctus du 2 février 2021, duquel il est ressorti que l'évaluation clinique du patient était bonne et qu'il avait pu reprendre sa vie quotidienne sans symptomatologie. Il est en outre fait mention d'une cardiopathie hypertrophique sans changement par rapport aux précédents examens (dos. AI 76/5-6).

**5.2.2** Sur demande de l'intimé, la médecin traitante a transmis un formulaire daté du 26 juillet 2021. Il y est précisé que le recourant souffre d'une discopathie dégénérative L4/L5 symptomatique avec composante radiculaire du côté gauche ayant une incidence sur sa capacité de travail, d'une part, et de cardiopathie hypertensive et ischémique, hypertension artérielle, obésité, prédiabète, d'autre part, affections qui n'ont cependant, selon elle, pas d'incidence sur sa capacité de travail. Cette médecin a relevé que son patient se plaignait encore régulièrement de lombalgies et d'une sensation de force réduite dans la jambe gauche. Elle a donc considéré qu'il était en incapacité de travail totale du 8 septembre 2020 au 1<sup>er</sup> juillet 2021 (dos. AI 81).

**5.2.3** Un spécialiste en médecine interne générale du SMR s'est prononcé le 22 octobre 2021. Il a relevé les diagnostics suivants, à savoir un syndrome douloureux lombovertébral avec symptômes radiculaires à

l'anamnèse en décembre 2020, dans le cadre d'une discopathie dégénérative L4/L5 sans déficit sensorimoteur prouvé, d'une cardiomyopathie hypertensive et ischémique ainsi que d'un accident vasculaire cérébral le 23 mai 2016 dans la région du noyau caudé droit. Il a exposé que, du point de vue du SMR, il n'y avait pas de restrictions supplémentaires par rapport au profil établi dans l'expertise bidisciplinaire de septembre 2018, car la capacité de charge réduite avait déjà été prise en considération dans ce profil d'exigibilité. Il n'y avait pas non plus, selon lui, de restriction pour les activités physiques légères et moyennes du point de vue cardiologique. Selon le SMR, l'incapacité de travail du 8 septembre 2020 au 1<sup>er</sup> juillet 2021, telle qu'attestée par la médecin traitante du recourant, n'était pas compréhensible d'un point de vue médical et n'était du reste pas justifiée dans son rapport du 26 juillet 2021. Il a ainsi conclu que le profil d'exigibilité n'avait pas changé depuis l'expertise bidisciplinaire de septembre 2018 et qu'une activité légère à moyenne, s'exerçant dans différentes positions mais principalement en position assise, sans diminution de rendement, était exigible (dos. AI 87).

**5.2.4** Après un préavis négatif du 29 décembre 2021 et des observations de son mandataire des 2 février et 1<sup>er</sup> mars 2022, un spécialiste en médecine du travail et médecine générale du SMR s'est, par rapport du 7 mars 2022, à nouveau prononcé sur le dossier. Il a relevé qu'il fallait attendre les résultats de l'examen du contrôle cardiologique pour pouvoir évaluer l'état cardiaque. Si des résultats plus récents concernant la colonne vertébrale étaient disponibles, ils devraient également être joints au dossier. Ce n'est qu'en présence de ces documents que l'état de santé pourra être déterminé (dos. AI 96).

**5.2.5** Le 15 février 2023, un centre hospitalier a transmis un rapport ambulatoire, auquel était joint le rapport des examens radiologiques, concernant l'IRM cardiaque de stress effectuée le 14 décembre 2022. Selon les conclusions du spécialiste, l'IRM avait relevé une fonction systolique et l'absence d'ischémie sous stress. Par contre, il existe une nette augmentation de la masse musculaire au niveau apical évoquant une cardiomyopathie hypertrophique apicale (dos. AI 104).

**5.2.6** Il est ressorti, des résultats de l'électrocardiogramme du 21 avril 2023, une persistance du rythme sinusal tout au long de l'enregistrement, sans trouble de rythme et sans tachycardie ventriculaire. Il y a également eu une pause de 3.5 secondes, asymptomatique, pendant le sommeil. Il est recommandé d'entreprendre une recherche concernant l'apnée du sommeil (dos. AI 109).

**5.2.7** Dans son rapport du 24 avril 2023, le médecin spécialiste en médecine du travail et médecine générale du SMR a exposé qu'il fallait encore attendre les résultats de l'électrocardiogramme (holter ECG) avant de pouvoir se prononcer sur la situation du recourant (dos. AI 106).

**5.2.8** Dans son rapport du 29 juin 2023, le même médecin du SMR a relevé que, sur la base des derniers examens, les résultats cardiaques étaient normaux et ne prouvaient pas qu'il existait une limitation fonctionnelle cardiaque. Aucun examen médical supplémentaire n'est nécessaire. Même si un trouble du sommeil devait être avéré, ce qui paraît improbable, celui-ci n'aurait pas d'influence sur les performances cardiaques établies par les différents examens effectués (dos. AI 111).

**6.** Il convient d'examiner la valeur probante des rapports du SMR des 22 octobre 2021, 7 mars 2022, 24 avril et 29 juin 2023, sur lesquels la décision attaquée est basée.

## **6.1**

**6.1.1** 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).

**6.1.2** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne assurée soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et les références citées), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle ne suffit pas à écarter ces doutes (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6, 122 V 157 c. 1d). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**6.2** En l'espèce, d'un point de vue formel, dans ses rapports, le SMR a tenu compte de l'ensemble des pièces pertinentes du dossier médical, soit

notamment de l'expertise bidisciplinaire de septembre 2018, des rapports du spécialiste en neurochirurgie, des cardiologues ainsi que de la médecin traitante. Les rapports du SMR décrivent le contexte médical de façon compréhensible, mentionnent les différents points litigieux et tiennent compte des plaintes du recourant. Les conclusions ont par ailleurs été motivées et peuvent aisément être saisies. Ce faisant et quoi qu'en dise le recourant, il apparaît que le SMR était en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la situation médicale, de même que de l'apprécier, sans qu'il ne lui soit besoin de procéder à un examen personnel du recourant. Un tel examen n'est pas nécessaire lorsque, comme en l'espèce, le dossier médical est complet et que les médecins du SMR se réfèrent à des pièces médicales qui ont à suffisance été établies sur la base d'un examen clinique du recourant (TF 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et références; JTA LAA/2022/313 du 6 novembre 2022 c. 5.3.1 in fine). En effet, dans le rapport du 22 octobre 2021, le médecin du SMR a tenu compte des nouvelles atteintes invoquées par le recourant quant à ses douleurs lombaires, mais a estimé que celles-ci étaient compatibles avec le profil d'exigibilité dressé dans l'expertise de septembre 2018, qui était donc toujours pertinente. Dans les trois rapports suivants, ayant porté principalement sur les aspects cardiologiques, le médecin du SMR a d'abord exposé (rapports des 7 mars 2022 et 24 avril 2023) qu'il fallait attendre les résultats du contrôle cardiologique, respectivement de l'électrocardiogramme avant de se prononcer sur l'état de santé du recourant. Une fois ceux-ci effectués et la situation établie de manière complète du point de vue cardiologique, il a pu prendre position de manière éclairée. Par ailleurs, en tant que le recourant évoque un défaut d'indépendance du SMR, il ne peut être suivi, puisque le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il faut en effet bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2008 IV n°22 c. 2.4). A cet égard, le recourant n'en présente aucune. Le contexte médical et factuel a ainsi été clairement décrit, à plusieurs reprises. En outre, selon la jurisprudence, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (TF 9C\_238/2019 du 17 mai

2019 c. 4.2). De ce fait, il n'y a rien non plus à redire au fait que les médecins du SMR soient spécialisés en médecine interne générale (rapport du 22 octobre 2021), respectivement en médecine du travail et médecine générale (rapports des 7 mars 2022, 24 avril et 29 juin 2023). Leurs conclusions, bien que brèves, sont suffisamment motivées et elles ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner l'existence de lacunes lors de l'élaboration des rapports. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux.

**6.3** D'un point de vue matériel, les rapports du SMR sont également convaincants. Deux aspects de la situation médicale du recourant sont principalement examinés parallèlement: il s'agit, d'une part, des aspects liés aux douleurs lombaires et, d'autre part, de l'aspect cardiologique. Dans sa nouvelle demande datée du 6 avril 2021, le recourant s'est d'abord plaint d'une lombodiscarthrose avec canal lombaire étroit. Cet aspect est analysé dans le rapport du SMR du 22 octobre 2021. Après être revenu sur l'historique médical du recourant et en particulier, les résultats de l'expertise de septembre 2018, il relève, concernant les douleurs lombaires, qu'il y a une nette amélioration depuis l'infiltration faite le 7 décembre 2020 et qu'il n'y a plus eu de contrôle de suivi depuis le 18 décembre 2020. Il en conclut qu'il n'y a pas de restrictions supplémentaires par rapport à celles déjà prises en considération dans l'expertise bidisciplinaire de septembre 2018. Il apparaît à ce propos que le SMR a pris en considération le rapport du spécialiste en neurochirurgie du 18 décembre 2020, qui fait état de l'amélioration de la situation après l'infiltration (dos. AI 76/14). Il en résulte donc que l'éventuelle opération en cas de persistance des symptômes, mentionnée dans le rapport du 20 novembre 2020, n'a pas été nécessaire (dos. AI 76/16). Le dossier ne contient pas d'autre rapport plus récent relatif à cet aspect, si ce n'est le formulaire rempli par la médecin traitante qui mentionne la discopathie dégénérative L4/L5, symptomatique avec composante radiculaire du côté gauche, comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail (dos. AI 81/4). Cependant, elle ne donne notamment aucune précision quant au moment auquel l'atteinte est apparue, aux circonstances, aux limitations concrètes ou encore quant au point de savoir si le recourant est suivi par un spécialiste ou s'il suit un

traitement. Par ailleurs, le recourant n'a produit aucun autre rapport au cours de la procédure. Il n'a en outre désigné aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par le rapport du SMR et serait suffisamment pertinent pour en remettre en cause les conclusions (voir en ce sens TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.2.1). Ainsi, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation telle qu'elle ressort du rapport du SMR. Dans sa nouvelle demande datée du 6 avril 2021, le recourant s'est également plaint d'une cardiopathie ischémique. Dans son rapport du 22 octobre 2021, le SMR confirme le diagnostic de cardiopathie hypertensive et ischémique ainsi que de status après AVC du 23 mai 2016. Il mentionne également l'infarctus du myocarde du 8 février 2021 et les résultats cardiologiques subséquents, qui n'indiquent aucune restriction pour les activités physiques légères et moyennes. Cette appréciation correspond aux rapports médicaux versés au dossier. En effet, le rapport d'un centre hospitalier relève que le recourant souffrait d'une sténose significative de l'artère circonflexe distale qui a bénéficié d'un stent actif avec excellent résultat final (dos. AI 76/9). Le rapport du cardiologue traitant du 3 mars 2021 relève que l'évolution clinique est bonne et que le recourant a pu reprendre sa vie quotidienne sans symptomatologie. Il constate en outre que l'infarctus était de petite taille et qu'il n'y a pas eu de changement par rapport aux précédents examens (dos. AI 76/5). Le rapport du SMR du 7 mars 2022 constate qu'il n'y a aucun nouveau rapport pouvant l'amener à changer les conclusions du rapport précédent. Il n'y a en particulier aucun nouvel élément attestant d'une amélioration ou d'une détérioration de l'état de santé du recourant. C'est pourquoi il propose de se procurer les résultats des examens cardiologiques du contrôle de mars 2022. Au dossier est versé un rapport portant sur un examen cardiologique du 15 février 2023 qui relève, sur la base de l'IRM cardiaque de stress effectuée le 14 décembre 2022, l'absence d'ischémie sous stress mais une nette augmentation de la masse musculaire au niveau apical évoquant une cardiomyopathie hypertrophique apicale. Au vu de ces résultats, un holter de sept jours pour exclure un trouble du rythme devait être effectué (dos. AI 104). Dans son rapport du 24 avril 2023, le SMR relève cependant que ces résultats ne permettent pas de modifier les précédentes conclusions par rapport à la situation cardiaque, mais qu'il convient d'attendre les résultats du holter ECG. Selon le rapport du 21 avril 2023, il y a une persistance du

rythme sinusal tout au long de l'enregistrement sans trouble du rythme et sans tachycardie ventriculaire. Il relève également une pause de 3.5 secondes pendant le sommeil qui a été asymptomatique, ce qui pourrait indiquer une apnée du sommeil (dos. AI 109/2). Dans son rapport du 29 juin 2023, le SMR relève que ces résultats sont normaux et ne démontrent pas qu'il existe une limitation fonctionnelle au niveau cardiaque. Selon le SMR, aucune investigation supplémentaire n'est nécessaire et ce, même dans le cas extrêmement improbable d'un trouble du sommeil qui ne changerait rien aux performances cardiaques relevées. Le fait que le recourant doive subir des examens afin de diagnostiquer une éventuelle apnée du sommeil n'y change rien. En effet, le cardiologue a relevé que le patient n'avait formulé aucune plainte à cet égard et que la pause de 3.5 secondes constatée durant le sommeil était un élément asymptomatique (voir dos. AI 109/2). Ainsi, ce seul élément, qui plus est incertain, ne permet pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en la matière (ATF 144 V 427 c. 3.2), d'établir un changement de circonstances pertinent. Au vu de ce qui précède, force est plutôt de constater que le SMR a pris en considération l'ensemble des rapports médicaux au dossier, qui sont univoques et ne relèvent aucune limitation, pour établir son analyse de la situation. En outre, aucun élément médical ne diverge d'avec ses conclusions. En effet, même la médecin traitante relève que la cardiopathie hypertensive et ischémique n'a pas d'incidence sur la capacité de travail (dos. AI 81/5). Partant, aucun élément ne permet de conclure que la situation exposée dans l'expertise de septembre 2018 a changé. Les conclusions du SMR doivent donc être confirmées, celles-ci étant pleinement cohérentes et convaincantes.

**6.4** En particulier, contrairement à ce que le recourant soutient, une évaluation globale de la situation médicale a bien été effectuée. En effet, les aspects relatifs aux douleurs dorsales ont été pris en considération dans le rapport du SMR du 22 octobre 2021, de même que les aspects cardiologiques. Par la suite, seuls ont été versés au dossier des rapports médicaux en lien avec la situation cardiologique du recourant. Ainsi, en l'absence d'éléments contraires dûment attestés, ce sont les éléments relatifs à la situation cardiologique du recourant qui ont été spécifiquement abordés dans les rapports du SMR des 7 mars 2022, 24 avril et 29 juin

2023. Enfin, au vu de l'absence d'atteinte incapacitante, c'est à juste titre que le SMR est arrivé à la conclusion que l'incapacité de travail attestée par la médecin traitante, portant sur la période du 8 septembre 2020 au 1<sup>er</sup> juillet 2021, n'était pas cohérente au vu de l'ensemble des éléments du dossier – aucun autre médecin n'atteste d'ailleurs d'une incapacité de travail – et ne pouvait pas être confirmée.

**6.5** Au vu de ce qui précède, il n'existe dès lors aucun motif qui justifierait que l'on s'écarte des rapports médicaux rédigés par les deux médecins du SMR, auxquels il y a lieu d'accorder une pleine valeur probante. Il apparaît ainsi superflu de procéder à de plus amples investigations telles que l'établissement d'une expertise médicale externe ou requérir un rapport complémentaire. La réquisition de preuve formulée en ce sens est donc rejetée. Partant, les différents rapports médicaux produits par le recourant postérieurement à la première décision du 23 janvier 2019 ne sont dès lors pas de nature à établir, au degré de preuve requis, une modification de l'état de santé depuis cette dernière. Il doit donc encore être admis que, dans une activité légère, s'exerçant dans différentes positions mais principalement en position assise, le recourant est capable d'assumer un emploi à 100% sans diminution de rendement.

## 7.

Reste à examiner le taux d'invalidité du recourant.

**7.1** 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 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de

comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être pris en compte (ATF 143 295 c. 4.1.3, 129 V 222). Lorsque les revenus de valide et d'invalidé doivent être calculés à partir du même salaire statistique, il s'avère superflu de déterminer ceux-ci de manière précise. Dans un tel cas, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (TF 8C\_104/2021 du 27 juin 2022 c. 6.2, non publié in ATF 148 V 321).

**7.2** En l'occurrence, le recourant ayant déposé une demande de prestation en avril 2021, son droit à la rente aurait pu naître au plus tôt en octobre 2021 (art. 29 al. 1 LAI; voir aussi art. 28 let. b LAI). L'année de référence pour la comparaison des revenus est donc bien 2021. Le recourant est sans emploi depuis plusieurs années, ne dispose d'aucune formation certifiée et a exercé en dernier lieu différentes activités (dos. AI 16/2), de sorte que l'intimé s'est, à juste titre, basé sur le revenu statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique et a retenu le tableau TA1, niveau de compétence 1, qu'il a indexé à l'année 2021, pour calculer le revenu de valide (voir ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2022 IV n° 22 c. 4.2) et d'invalidé (voir ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). Certes, l'intimé a pris en compte les données de l'ESS 2018, alors que les tables les plus récentes, de 2020 (voir ATF 143 V 295 c. 2.3; SVR 2020 IV n° 70 c. 4.1) étaient disponibles dès le 23 août 2022, soit avant la date du prononcé attaqué. Toutefois, dans la mesure où la comparaison des revenus doit au cas particulier être effectuée sur une même base statistique, cet aspect du calcul du taux d'invalidité est sans effet. En effet, en pareil cas, une comparaison de valeurs exprimées en pour-cent suffit. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut à 100%, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas – la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (TF 9C\_237/2016 du 24 août 2016 c.

2.2 et les références). Les revenus de valide et d'invalide étant donc calculés selon la même base de calcul, seul un éventuel abattement sur le salaire statistique peut avoir une influence sur le taux d'invalidité.

**7.3** La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 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). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). En l'espèce, le recourant considère que la déduction de 10% au titre d'abattement dans une activité adaptée est insuffisante puisqu'elle ne prend pas en compte l'ensemble des atteintes à sa santé, mais uniquement ses problèmes cardiaques. Ce faisant, le recourant se méprend. En effet, sa situation a bien été évaluée dans son ensemble par l'intimé, tel que cela a déjà été exposé (voir c. 6.4). L'intimé a retenu une déduction de 10% pour tenir compte des domaines d'activités possibles qui sont réduits au vu de l'atteinte à la santé du recourant, ce qui n'est pas critiquable. A ce propos, on peut tout d'abord relever que le niveau de compétence 1 de la table TA1 de l'ESS (retenu dans le calcul du revenu d'invalide), s'applique aux assurés qui ne peuvent plus accomplir leur activité habituelle, devenue trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent une capacité de travail importante, s'agissant de travaux légers (TF 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 8.6, 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 c. 4.3). Pour ces assurés, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne nécessitant pas d'expérience professionnelle spécifique ou de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C\_549/2019

du 26 novembre 2019 c. 7.7; SVR 2021 IV n° 8 c. 4.2; JTA AI/2023/40 du 28 avril 2023 c. 6.4.2). Ensuite, la critique du recourant reste générale et il ne fait, en particulier, pas valoir que l'intimé aurait omis de prendre en considération d'autres facteurs pertinents. Un abattement de 10% apparaît ainsi adapté et est conforme au pouvoir d'appréciation dont jouit l'intimé dans ces cas de figure (voir en ce sens: JTA AI/2023/13 du 13 août 2023 c. 6.2.3, AI/2023/40 du 28 avril 2023 c. 6.4.2 et AI/2022/377 du 16 mars 2023 c. 7.8). Enfin, quand bien même un abattement supérieur serait justifié, celui-ci ne pourrait de toute façon pas dépasser les 25%, ce qui n'ouvrirait pas un droit à la rente pour le recourant.

**7.4** Partant, le degré d'invalidité retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé.

## **8.**

**8.1** Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a exclu tout droit à une rente d'invalidité. Le recours s'avère dès lors mal fondé et doit être rejeté.

**8.2** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 61 let. <sup>f</sup>bis LPGA, art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**8.3** Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec désignation de son avocat en qualité de mandataire d'office.

**8.3.1** Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense notamment 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(e) à une partie si les circonstances de fait et de

droit le justifie (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).

**8.3.2** En l'espèce, au vu de l'attestation et du budget d'aide sociale produits en procédure de recours (voir pièces justificatives [PJ] n° 3 et 4 du recourant), la condition financière posée à l'octroi de l'assistance judiciaire est réalisée (ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, eu égard en particulier à la complexité de la matière et du fait qu'il s'agissait principalement d'examiner des rapports médicaux (voir UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 61 n. 192), les chances de succès du recours ne pouvaient pas d'emblée être niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n°13 c. 8.1). Enfin, la présente cause justifiait l'assistance d'un avocat. La requête d'assistance judiciaire complète doit dès lors être admise. Partant, les frais de procédure, mis à la charge du recourant sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat de l'intéressé désigné comme mandataire d'office.

**8.3.3** La note d'honoraires du 18 octobre 2023 fait montre d'honoraires de Fr. 2'295.-, auxquels s'ajoutent des débours de Fr. 34.80 et la TVA à 7.7% (en 2023) de Fr. 179.40 pour 8.5 heures de travail au tarif usuel. Elle ne prête pas flanc à la critique, compte tenue de l'importance et de la complexité objectives de la procédure ainsi que de la pratique du Tribunal administratif dans des cas semblables. Eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera Fr. 1'868.40 au titre du mandat d'office, soit des honoraires de Fr. 1'700.- (8.5 heures à Fr. 200.-; art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 34.80 en sus, de même que Fr. 133.60 au titre de la TVA (voir aussi art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11] et l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

**8.3.4** Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton et son avocat 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 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 est admise et Me B.\_\_\_\_\_ est désigné comme mandataire d'office.
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. Les honoraires de Me B.\_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 1'700.00, auxquels s'ajoutent des débours de Fr. 34.80 et la TVA par Fr. 133.60; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'868.40 (débours et TVA compris) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par son mandataire,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

**Voie de recours**

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