

200.2013.706.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 6 octobre 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et D. Baldin, juges
A.-Fr. Boillat, 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 19 juin 2013

En fait:

A.

A. _____, né en 1975, est marié depuis 2009 et père de trois enfants en bas âge. Menuisier de formation, l'assuré a exercé, également en tant que gérant d'entreprises, diverses activités dans le secteur du bâtiment. Victime d'un accident de la circulation en octobre 2006 (collision en chaîne impliquant trois véhicules), il a subi une incapacité de travail totale jusqu'en février 2007. En mars 2007, il a été engagé comme aide-mécanicien dans une entreprise horlogère. Invoquant une recrudescence de ses lombalgies et sciatalgies depuis octobre 2007, il a été opéré d'une hernie discale le 17 mars 2008. Régulièrement en incapacité de travail depuis octobre 2007 (incapacités variant entre 50 et 100%), l'assuré présente une incapacité de travail totale attestée médicalement par son généraliste traitant, dès le 17 mars 2008. Son contrat de travail a été résilié au 31 août 2008. Il est au bénéfice de l'aide sociale depuis le 1^{er} décembre 2008.

Invoquant souffrir d'une hernie discale et d'arthrose (L5/S1), l'assuré a sollicité, le 21 janvier 2009, des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne (ci-après: l'Office AI ou l'intimé) a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment en se procurant le dossier de l'assurance-accidents et en requérant des rapports des médecins traitant l'assuré (en particulier, généraliste et chirurgien orthopédiste). Par communication du 19 février 2010, l'Office AI a informé l'assuré qu'il avait été constaté que des mesures de réadaptation (mesures d'intervention précoce sous forme de conseils à la réadaptation selon communication du 1^{er} avril 2009) n'étaient actuellement pas possibles et que le droit à une rente allait être examiné. Après avoir sollicité l'avis du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), par courrier daté du 16 janvier 2012, l'Office AI a fait savoir qu'il envisageait de nier le droit de l'assuré à toute prestation AI. Sur la base d'une nouvelle prise de

position de son SMR, l'Office AI, par une nouvelle préorientation du 25 avril 2013 remplaçant la première, a confirmé la teneur de celle-ci, en réfutant les objections qu'avait formulées l'assuré. En dépit de nouvelles observations de l'assuré visant en priorité une réadaptation professionnelle, le contenu des précédentes prises de position de l'Office AI a été confirmé par décision formelle du 19 juin 2013 se ralliant à un avis du SMR de la veille.

C.

Par acte daté du 20 août 2013, l'assuré, dorénavant représenté en procédure, a recouru contre cette décision devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Hormis celles formulées en lien avec sa requête d'assistance judiciaire (y compris désignation de son mandataire comme avocat d'office), il a retenu des conclusions tendant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 19 juin 2013 et au renvoi de la cause pour instruction médicale complémentaire.

Dans son mémoire de réponse du 17 septembre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

L'assuré a répliqué le 10 octobre 2013 et confirmé les conclusions retenues dans son recours. Dans sa duplique du 4 novembre 2013, l'Office AI a maintenu les conclusions formulées dans le mémoire de réponse. Le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires le 18 novembre 2013.

En droit:

1.

1.1 La décision du 19 juin 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à toutes prestations AI. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (en vue notamment de l'établissement d'une expertise médicale pluridisciplinaire). Est particulièrement critiquée par le recourant, l'instruction lacunaire menée par l'intimé, en particulier sur le plan médical.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, et art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21).

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

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

Il est vrai que l'Office AI a mené deux procédures de préavis (art. 57a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, LAI, RS 831.20) avant de rendre la décision, ce qui n'est pas usuel (voir par analogie: ATF 131 V 407 concernant une procédure au cours de laquelle l'administration avait rendu une décision sur opposition cassatoire annulant simplement la

décision attaquée au lieu de se prononcer au fond). Alors même que par ce biais, la procédure a été prolongée, la décision ayant été rendue, le recourant n'a plus d'intérêt actuel à se plaindre d'un retard injustifié (art. 56 al. 2 LPGA; voir recours p. 7).

3.

3.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). 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).

3.2 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 (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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). Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle. On déduit toutefois du principe de proportionnalité qu'il doit exister un rapport raisonnable entre l'utilité prévisible d'une mesure de réadaptation et ses coûts. Une faible atteinte à la santé peut déjà suffire à fonder un droit à la mesure lorsque celle-ci n'est pas particulièrement onéreuse (ATF 122 V 377 c. 2b/cc, 116 V 80 c. 6a, 115 V 191 c. 4e/cc).

3.3 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.4 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

4.

4.1 Sur la base des renseignements médicaux en sa possession et notamment des prises de position de son SMR estimant que l'état de santé n'avait plus changé depuis l'avis médical du neurochirurgien traitant émis en juin 2008, l'intimé, dans sa décision du 19 juin 2013, a nié le droit de l'assuré à l'obtention de prestations AI. Il a retenu que la situation médicale était clairement documentée et qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée avant l'échéance du délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré ne présentant dès lors pas d'invalidité au sens de la loi.

4.2 Le recourant, quant à lui, conclut à l'annulation de la décision contestée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Il considère que l'Office AI a violé le

principe de l'instruction d'office, en estimant qu'il dispose d'une pleine capacité de travail sur la seule base d'une évaluation de sa problématique lombaire datant de surcroît de juin 2008, en niant toute évolution et en ignorant ses atteintes aux genoux et sa fragilité psychique.

5.

Sur le plan médical, l'état de santé du recourant se présente comme suit:

5.1 Dans un rapport du 2 juin 2008, le neurochirurgien a relevé qu'il avait constaté une évolution favorable six semaines après l'opération de la hernie discale (microdiscectomie) ayant eu lieu le 17 mars 2008. En dépit de la persistance de l'état dégénératif de discopathie provoquant des myogéloses contre lesquelles il recommandait un entraînement musculaire (natation), il a évalué la capacité de travail du recourant à hauteur de 50% à partir du 1^{er} juin 2008 et de 100% dès le 1^{er} juillet 2008 (dossier [dos.] AI 11/9).

5.2 Dans un rapport médical daté du 16 mars 2009, le généraliste traitant l'assuré, spécialiste FMH en médecine interne, a arrêté les diagnostics suivants engendrant des douleurs se répercutant sur la capacité de travail: une hernie discale post-traumatique après discectomie, de l'arthrose au niveau des vertèbres L5/S1 et une malformation des deux rotules (dysplasie). Il a récapitulé les incapacités de travail qu'il avait attestées suite à l'accident, en dernier lieu, à un taux de 100%, du 9 octobre 2007 au 28 février 2008, puis pour maladie (eu égard au refus de prise en charge par l'assureur-accidents), au même taux, dès le 17 mars 2008 (opération). Ultérieurement, il a rapporté, le 8 février 2010, une péjoration des douleurs lombaires dès cette période, stabilisées par la suite (rapport du 2 juin 2010). Alors qu'en 2009, il estimait, avec de bonnes chances de réadaptation professionnelle, que le recourant était à même d'accomplir un travail physiquement léger, sans port de charges, lui permettant de changer régulièrement de position et lui évitant de se déplacer sur de longues distances, en 2010, il a nié toute capacité de travail. Comme possibilité thérapeutique, il mentionnait une arthroplastie avec prothèse de disque (dos. AI 38/2 et 42/2).

5.3 Le chirurgien orthopédiste ayant suivi l'assuré depuis le 25 mars 2010, sur la base d'examens radiologiques de la même date montrant une ostéochondrose prononcée et une légère spondylarthrose au niveau L5/S1 (dos. AI 64 [dont on ignore certes la provenance ainsi que le relève le recours p. 9]), a diagnostiqué, dans un rapport du 25 mars 2011, un status après opération d'une hernie discale, un syndrome lombaire douloureux chronique et une situation psychosociale difficile en relation avec l'éloignement de l'assuré du marché du travail. D'un point de vue clinique, ce spécialiste ne perçoit aucune particularité et relève un bon état musculaire. Il explique les douleurs lombaires ressenties par l'ostéochondrose érosive sévère révélée par les clichés et admet des limitations de charges à cet égard. Selon lui, une fusion (immobilisation) du segment L5/S1 pourrait être recommandée, en soi avec un bon pronostic. Toutefois, toujours de son avis, d'autres éléments pourraient compliquer la situation: la longue incapacité de travail, des problèmes d'assurances et le rôle joué par l'accident (au sujet duquel il ne dispose pas de précisions documentées). Il a aussi préféré ne pas discuter de l'évaluation de la capacité de travail avec le patient.

5.4 Dans son rapport du 31 mai 2011, établi sur la base du dossier, un spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR retient comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une ostéochondrose L5/S1 avec un syndrome lombaire. Sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne un syndrome de patella aux genoux (dysplasie). D'un point de vue chirurgical, il ne peut expliquer l'évolution lombaire (peu satisfaisante) depuis l'intervention de mars 2008 et, partant, les raisons qui amènent le généraliste traitant de l'assuré à estimer que l'incapacité de travail est totale. Il admet certes des limitations fonctionnelles de charges de la colonne vertébrale mais, se ralliant à l'avis du neurochirurgien de juin 2008, il estime que le recourant, depuis le 1^{er} juillet 2008, dispose d'une pleine capacité de travail (sans diminution de rendement et sans nécessiter d'aménagements particuliers) dans l'activité exercée jusqu'alors dans le domaine de l'horlogerie. Le spécialiste du SMR s'étonne du fait que l'opération (spodylodèse/arthroplastie), pourtant recommandée par les médecins traitants, n'a pas eu lieu. Il en déduit que les douleurs doivent être quand même jugées supportables par l'assuré.

5.5 En réaction au premier préavis, dans un courrier succinct daté du 1^{er} mars 2012, le généraliste traitant a fait état de diagnostics inchangés, mais d'une dégradation de l'état général de l'assuré en précisant que quel que soit le traitement qui sera choisi, il conviendrait d'organiser sans attendre une réadaptation professionnelle. Le 27 février 2013, dans un rapport adressé à l'AI, ce même médecin a mis en exergue les douleurs lombaires et aux deux genoux empêchant le recourant de porter des charges, de circuler plus de deux heures par jour en voiture ou rester debout en position statique. Il a nié toute capacité de travail dans l'ancienne activité lucrative de menuisier et préconisé des mesures professionnelles, à un taux de 60%, dans l'exercice d'une profession adaptée aux empêchements, par exemple comme maître socio-éducatif.

5.6 Dans un deuxième avis médical du 20 mars 2013, le spécialiste du SMR confirme tant les diagnostics que la capacité de travail retenus en mai 2011 (cf. c. 5.4), en insistant sur le fait que le recourant a abandonné le métier de menuisier pour l'horlogerie depuis 2007 et qu'il faut tabler sur la capacité de travail dans cette dernière profession, telle qu'attestée par le neurochirurgien en 2008. Il constate que l'état de santé de l'assuré est resté inchangé au moins depuis le rapport du généraliste traitant du 2 juin 2010, relevant qu'aucune thérapie ciblée (hormis la physiothérapie) ou autres investigations médicales n'ont été entreprises depuis lors.

5.7 A l'appui de ses observations au deuxième préavis, le recourant a produit deux résultats d'examens radiologiques du 13 mai 2013. L'IRM des vertèbres lombaires, hormis le status après microdiscectomie, a révélé notamment un léger glissement vertébral L5/S1 qualifié de stationnaire, une légère protrusion du disque, un contact intraspinal des racines aux niveaux S1 et L5 sans déplacement, une absence de sténose du canal spinal et de sténose foraminale. Pour les genoux, le radiologiste a confirmé le diagnostic de patella (dysplasie) symétrique aux deux genoux. Il a écarté toute modification dégénérative ou lésion traumatique.

5.8 Dans son ultime avis médical daté du 18 juin 2013, le médecin du SMR a confirmé que les résultats radiologiques les plus récents permettaient d'exclure toute modification avec les clichés du 25 mars 2010. Il a dès lors nié la nécessité de l'expertise requise par le recourant. Il a

cependant relevé que la question de l'activité actuelle de l'assuré n'était pas claire, le neurochirurgien mentionnant dès le 12 février 2007 un emploi dans l'horlogerie et l'extrait d'un procès-verbal du 22 juin 2009 faisant état du métier d'aide-mécanicien.

6.

6.1 Le dossier montre que tous les avis médicaux se rejoignent au sujet du constat des déficits organiques. Ils sont de deux ordres. Tout d'abord, est mentionné un syndrome lombaire L5/S1 comprenant le status après discectomie sur hernie discale L5/S1 et une arthrose au niveau des vertèbres L5/S1 (ou ostéochondrose prononcée et une légère spondylarthrose); certes, des divergences existent quant à l'origine accidentelle ou non de la hernie, mais ce point n'a pas d'influence pour l'appréciation de l'invalidité en AI. En deuxième lieu, les médecins relèvent une malformation des deux rotules (dysplasie).

S'agissant de ces diagnostics, il faut constater que sur le plan vertébral, le spécialiste du SMR disposait de radiographies et d'IRM réalisées en 2008, 2010 et 2013 et des appréciations du neurochirurgien ayant pratiqué l'opération en 2008 et d'un chirurgien de la colonne vertébrale ayant établi un rapport en mars 2011. Sa conclusion aboutissant au constat qu'aucune modification déterminante n'est intervenue en tout cas depuis 2010, et selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve exigé en droit des assurances sociales: ATF 138 V 218 c. 6), depuis la discectomie de 2008 repose sur une comparaison et une discussion pertinentes de cette documentation. C'est à raison, de ce point de vue organique, qu'il n'a pas tablé sur les péjorations décrites par le généraliste traitant; celles-ci, n'émanant au demeurant pas d'un spécialiste, se fondaient uniquement sur le ressenti subjectif des douleurs par le recourant (ATF 136 V 279 c. 3.2.1: nécessité d'une corrélation entre les plaintes et les diagnostics) et faisaient montre d'une certaine incohérence dans leurs fluctuations (voir c. 6.3 ci-dessous). Quant aux propositions de nouvelle intervention chirurgicale (spondylodèse/arthroplastie), elles ne résultent pas non plus d'une dégradation constatable sur le plan organique; le neurochirurgien ayant

praticqué l'opération de 2008 avait lui-même déjà précisé que des atteintes lombaires subsistaient et qu'un traitement resterait nécessaire. Juste après l'opération, il avait pour sa part préconisé un renforcement musculaire conservateur. Avant la discectomie, dans un rapport du 12 février 2007 (figurant dans les pièces de l'assurance-accidents), il avait cependant déjà aussi évoqué l'éventualité future d'une arthroplastie par prothèse discale. Le rapport du SMR satisfait aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (voir c. 3.3), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Il est vrai que le spécialiste du SMR n'a pas examiné personnellement le recourant. Toutefois, il est admis que les SMR sont parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (voir art. 49 al. 1 phr. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI, RS 831.201, qui ne prévoit que la possibilité d'examens personnels). Cela est en particulier le cas lorsque, comme en l'espèce, il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). En outre, aucun autre avis médical fondé sur des constatations objectives ne vient contredire l'analyse du spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR aboutissant à une absence d'évolution du tableau organique depuis la récupération après l'opération de la hernie discale de 2008. Il faut dès lors accorder pleine force probante à cet avis, qui convainc, quand bien même il émane d'un service médical interne à l'AI et que les exigences d'impartialité sont particulièrement sévères dans une telle situation (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

6.2 En ce qui concerne la malformation des genoux, elle n'a, logiquement, pas été discutée par les spécialistes de la colonne vertébrale. Elle n'est que mentionnée par le spécialiste du SMR et, dans son rapport du 31 mai 2012, il précise qu'elle n'a pas de répercussion sur la capacité de travail (contrairement aux appréciations du généraliste traitant des 16 mars 2004, 21 novembre 2008, 8 février 2010 et 27 février 2013). On peut comprendre que l'éventuel handicap imputable aux genoux est déjà absorbé par le profil professionnel adapté décrit découlant de l'analyse des handicaps lombaires. Dans le dernier rapport du SMR du 18 juin 2013, on ignore si la conclusion tendant à la stabilité de l'état organique comprend la

problématique des genoux. Il faut en tout cas constater qu'il ressort des derniers clichés de 2013 qu'en dépit de la mauvaise configuration des rotules par rapport aux trochlées, aucun signe dégénératif ou de lésion traumatique n'a pu être décelé, ce qui parle pour l'absence de modification significative également sur ce plan. Cependant, le dossier ne permet pas d'étayer ce point au degré de la vraisemblance prépondérante et une instruction complémentaire doit combler cette lacune.

Si la prise en compte de la dysplasie rotulienne dans l'évaluation du SMR n'apparaît pas à l'évidence, il en va de même, a fortiori, du volet psychique de l'état du recourant. A l'évidence, la force probante du rapport d'un spécialiste en orthopédie ne peut s'étendre à ce domaine. Or, l'éventualité d'une atteinte sous cet angle-là a été mentionnée tant par un collaborateur de la SUVA le 4 décembre 2006, que par la spécialiste en réadaptation de l'AI le 27 novembre 2009 et le chirurgien orthopédiste en mars 2011. Tous trois faisaient certes état d'une fragilisation psychique à inscrire dans le contexte de l'absence d'emploi et de sécurité financière. Le dossier permet du reste de discerner plusieurs éléments parlant en faveur d'un découragement professionnel et d'une situation financière difficilement maîtrisée. En effet, le recourant a abandonné la profession qu'il avait apprise après peu d'années, a subi deux échecs dans l'exploitation d'entreprises actives dans la construction et la rénovation, a perdu successivement, suite à l'accident d'octobre 2006, l'emploi qu'il avait retrouvé en 2005 dans le montage de stores, volets et portes, puis, à fin août 2008, après dorsalgies et incapacité de travail dès mars 2008, celui d'aide-mécanicien commencé en mars 2007 dans l'espoir de réintégrer le monde du travail dans une activité mieux adaptée (voir extrait du compte individuel et registre du commerce en ligne, ainsi que dos. AI 17 et 28/9, 16, 18, 23 et 29). Face à ces déboires professionnels, il est aussi incontestable que les responsabilités familiales du recourant se sont accrues de façon considérable en peu de temps (lui et son épouse ont la charge de quatre enfants, l'un né en 2009, des jumeaux en 2012 et un enfant de son épouse né en 2003). Selon la jurisprudence, il est vrai que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable et que de telles circonstances extérieures ne figurent pas au nombre des atteintes à la

santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI. Il n'en demeure pas moins qu'en présence d'un trouble psychique de nature malade qui serait attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne pourrait être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). En l'occurrence, à défaut d'un avis médical spécialisé, le TA ne peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, exclure l'existence d'une atteinte à la santé psychique équivalant à une maladie. Ce point devra lui aussi être investigué dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

6.3 D'autres points doivent encore être éclaircis afin de permettre d'évaluer la capacité de travail de recourant. En effet, le médecin doit non seulement décrire l'état de santé (en cela son avis lie l'administration et le juge, non compétents en la matière); il doit aussi faire une proposition aussi étayée que possible quant à l'évaluation (théorique) de la capacité de travail. C'est cette base qui servira ensuite à l'appréciation juridique des activités encore exigibles de l'assuré; cette appréciation se fera le cas échéant avec le concours de spécialistes du conseil et de l'intégration professionnels (TF 9C_850/2013 du 12 juin 2014 c. 3.2 [publication prochaine dans les ATF prévue]).

En l'espèce, comme l'a souligné le spécialiste en orthopédie du SMR dans son dernier rapport du 15 mai 2013, la profession à laquelle se réfèrent les médecins qui ont évalué la capacité de travail du recourant n'est pas du tout clairement définie. En effet, l'Office AI, pour exclure toute incapacité de travail, s'est appuyé sur le constat d'absence d'évolution de la situation lombaire posé par le spécialiste du SMR qui, lui-même, sur la base de cette conclusion, se ralliait à l'estimation du neurochirurgien qui avait pratiqué la discectomie. Or, ce chirurgien, dans un rapport du 12 février 2007 antérieur à l'opération, époque où le recourant n'éprouvait pratiquement pas de douleurs, saluait la reconversion professionnelle qu'avait opérée ce dernier en passant de la construction à l'industrie horlogère. Fort de cette information, il ne fait aucun doute que ce neurochirurgien tablait sur un emploi type dans l'horlogerie, lorsqu'il a pronostiqué, six semaines après l'opération du 17 mars 2008, que son patient récupérerait une capacité de

travail de 50% dès le 1^{er} juin et une de 100% dès le 1^{er} juillet 2008. D'ailleurs, même dans la lettre succincte contenant cette appréciation, il ne manque pas de mentionner les troubles dégénératifs qui persistent quand bien même la douleur radiculaire avait été traitée (rapport du 2 juin 2008). Le généraliste traitant quant à lui n'a cessé d'attester une incapacité de travail totale en tout cas en fonction de la profession apprise de menuisier. Dans son rapport du 16 mars 2009, il a mentionné l'emploi d'aide-mécanicien, mais n'a pas spécifié dans quelle mesure la récapitulation des incapacités attestées depuis 2006 portait sur ce dernier emploi. A tout le moins, ses évaluations ont fluctué quant à un emploi n'impliquant pas le port de charges ni de longues distances de marche et permettant les changements de position. Il en a mentionné la possibilité sans en chiffrer l'ampleur dès le 16 mars 2009, puis a nié toute capacité de travail, dans toute activité, le 8 février et le 2 juin 2010, puis, tout en attestant un état stationnaire, a à nouveau évoqué l'existence de mesures professionnelles adaptées susceptibles d'être envisagées à 60% le 27 février 2013, en précisant qu'une incapacité totale persistait dans le métier de menuisier.

Même si ces évaluations médicales permettent d'exclure toute capacité en tant que menuisier (le spécialiste du SMR ne se prononce cependant pas explicitement sur ce point), elles ne sont absolument pas assez précises pour évaluer la capacité de travail, et de gain, dans une activité adaptée. On ignore en effet si le dernier emploi d'aide-mécanicien dans une entreprise horlogère correspond bien à l'activité dans le domaine horloger, telle que celle imaginée par le neurochirurgien, lorsqu'il a posé son pronostic six semaines après l'opération (alors que les rapports de travail avaient déjà été résiliés le 27 février 2008). Aucune autre évaluation de ce spécialiste ne figure au dossier et il faut aussi noter que lorsque le recourant lui avait parlé de sa reconversion en février 2007 – et de la nette diminution des douleurs – ce dernier n'avait pas encore commencé sa nouvelle activité. Il n'avait par conséquent pas pu en expérimenter les effets sur ses handicaps ni même la décrire précisément au spécialiste qu'il consultait. En outre, le dossier ne détermine en aucune façon si la perte de l'emploi d'aide-mécanicien découle de problèmes de santé, de manque de connaissances professionnelles ou d'autre nature. Il ne répond pas non

plus à la question de savoir si cet emploi en soi correspond au profil médical (même seulement lombaire) exigible du recourant.

Face à toutes ces incertitudes (relevées du reste dans le dernier rapport du SMR), l'évaluation de l'intimé n'emporte pas la conviction, pas plus que celle(s) du médecin traitant. En concluant à la récupération, dès juillet 2008, d'une pleine capacité de travail dans le dernier emploi exercé et excluant ainsi également toute incapacité de gain sur la seule base d'une estimation (dépassée) de son SMR, l'Office AI a failli à son devoir d'instruction d'office. Le dossier établit que le recourant, même après la discectomie, continue à éprouver des restrictions, notamment importantes par rapport au métier appris de menuisier et d'autres activités qu'il a pratiquées dans la construction. Le dossier n'établit en revanche nullement avec une vraisemblance prépondérante la mesure des restrictions par rapport au dernier emploi exercé, ni même si le revenu réalisé dans cet emploi peut en quelque façon servir de base pour la comparaison des salaires à opérer pour le calcul de l'invalidité, puisqu'on ignore notamment les motifs de la perte de cet emploi (art. 16 LPGa). On ne peut donc déterminer s'il est exigible du recourant, avec ses restrictions et ses connaissances professionnelles, de retrouver un emploi lui procurant un gain excluant toute invalidité et toute prestation de l'AI, ainsi que le statue la décision contestée.

On peut encore ajouter qu'il est vrai que les mesures d'intervention précoce sous forme de conseil à la réadaptation initiées en avril 2009 ont été stoppées en février 2010, apparemment en raison de l'attitude du recourant face à l'instabilité de son état et à l'incertitude dans laquelle il se trouvait alors ("actuellement") quant à l'évolution thérapeutique de ses problèmes de santé (douleurs vertébrales et genoux; voir rapport final du 27 novembre 2009 de la spécialiste en réadaptation). Cette communication d'arrêt momentanée n'est toutefois pas une raison d'exclure toute nouvelle prestation de l'AI à l'issue de l'examen du droit à la rente et ne peut pas non plus motiver une absence d'invalidité, l'évaluation de cette dernière résultant, comme déjà rappelé (art. 16 LPGa), de la comparaison du revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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.

6.4 Il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI pour instruction complémentaire. Il appartiendra à l'intimé d'actualiser les données médicales et d'ordonner un examen personnel complet, pluridisciplinaire, de l'assuré sur les plans à la fois somatique et psychique. Il veillera à ce que les médecins se prononcent aussi précisément sur le profil des activités encore (éventuellement) exigibles de la part du recourant et les taux de capacité de travail et de rendement correspondants. Sur cette base, éventuellement après avoir aussi mené une mesure d'observation professionnelle, l'Office AI procédera à un nouveau calcul de l'invalidité et rendra une nouvelle décision sur l'éventuel droit du recourant à des prestations AI.

En l'occurrence, le renvoi à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social, questions qui, de surcroît, ne relèvent pas uniquement du domaine médical mais concernent aussi la situation professionnelle du recourant. Le renvoi est d'ailleurs à juste titre également requis par le recourant dans ses conclusions (quand bien même celles-ci visaient plus spécifiquement uniquement l'aspect médical et que le recours ne traitait pas spécifiquement des prestations de réadaptation professionnelle, contrairement aux observations formulées en procédure administrative). Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu de l'assuré et le priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision ici contestée.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision du 19 juin 2013, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure de recours devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision dans un litige concernant des prestations de l'AI est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Le recourant étant représenté en procédure par un mandataire professionnel, il a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 18 novembre 2013 qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 2'860.90 (honoraires de Fr. 2'565.-, débours de Fr. 84.- et TVA de Fr. 211.90).

7.4 Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire déposée par le recourant, devenue sans objet, est rayée du rôle du Tribunal.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'860.90 (débours et TVA compris) à titre de remboursement de ses dépens pour la procédure judiciaire.

4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
 - à .

La présidente:
e.r.: Bernard Rolli, Juge

La greffière
e.r.: C. Haag-Winkler

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).