

200.2014.582.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 12 janvier 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, juges
P. Annen-Etique, greffière



A. _____
agissant par sa curatrice C. _____
représenté par B. _____,
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 13 mai 2014

En fait:

A.

A._____, né en 1953, divorcé et père de trois enfants adultes, présente un handicap congénital au bras et à la jambe gauches. Au bénéfice d'une formation en mécanique accomplie entre 1969 et 1972 avec le soutien de l'assurance-invalidité (AI), qui lui a par ailleurs accordé des mesures médicales lorsqu'il était mineur, il a exercé divers emplois (montage, quincaillerie, découpe de bois) avant d'être engagé, à compter du 13 novembre 1984, comme employé de maison auprès d'un hôpital. Suite à son licenciement au 31 juillet 2009, il a perçu des indemnités de chômage jusqu'à fin juillet 2011 et a ensuite été soutenu, dès septembre 2011, par les services sociaux (prestations ayant apparemment pris fin courant 2014 suite au retrait par l'assuré de son capital LPP; voir son courrier du 23 juin 2014 au dossier [dos.] du Tribunal administratif du canton de Berne [TA]). Dans l'intervalle, l'intéressé s'est annoncé à l'AI en vue de mesures professionnelles en invoquant un handicap au côté gauche ainsi que des problèmes de dos datant de sa naissance (demande du 10 janvier 2011 réceptionnée le lendemain).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a notamment clarifié la situation médicale en sollicitant l'appréciation du généraliste de l'assuré. Il a en outre mandaté sa division de réadaptation professionnelle qui a communiqué, le 30 mai 2011, qu'elle refusait le droit à des mesures professionnelles suite à l'interruption pour motifs médicaux d'une mesure de réentraînement au travail ordonnée du 9 mai au 4 septembre 2011. Après avoir recueilli l'avis de son service médical régional (SMR), l'Office AI, par préorientation du 10 juillet 2013, a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente (degré d'invalidité de 28%). Malgré les objections soulevées à l'encontre de ce préavis par l'intéressé agissant par sa curatrice (nommée en cette qualité avec effet au 1^{er} mai 2011), ainsi que de nouveaux éléments médicaux allégués dans l'intervalle par le généraliste traitant, l'Office AI a entièrement confirmé son préavis par décision formelle du 13 mai 2014. Au préalable, le même office a recueilli de nouvelles prises de position auprès du SMR.

C.

Par acte du 16 juin 2014, l'assuré, agissant par sa curatrice et représenté par une mandataire, a porté le litige devant le TA en concluant, sous suite des frais et dépens,

à l'annulation de la décision du 13 mai 2014, au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Le 23 juin 2014, le recourant a complété son recours et retiré sa requête d'assistance judiciaire, dès lors qu'il se trouvait en mesure de payer l'avance de frais par suite du retrait de son capital LPP. Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours moyennant néanmoins correction de son calcul du degré d'invalidité (estimé désormais à 37%). A l'appui de sa prise de position, le même office joignait notamment un nouveau rapport médical du SMR. Le recourant a présenté une réplique le 17 septembre 2014, alors que l'intimé a renoncé à dupliquer en date du 10 octobre 2014. La mandataire de l'assuré a transmis le 23 octobre 2014 sa note d'honoraires au TA.

En droit:

1.

1.1 La décision du 13 mai 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile (l'intimé devant se laisser imputer l'impossibilité de reconstituer la date de notification de la décision contestée adressée en copie à la curatrice du recourant, qui représentait déjà celui-ci en procédure administrative), dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir agissant par sa curatrice et représentée par une mandataire dûment constituée, 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. 393 à 398 et art. 416 al. 2 du code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC, RS 210], ainsi qu'art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]; dos. AI 19/2 ch. 2.3).

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

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

2.

2.1 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).

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).

2.2 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).

2.3 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).

3.

Le recourant reproche principalement à l'intimé de s'être fondé sur diverses prises de position du SMR pour estimer son degré d'invalidité, alors que la situation médicale qui était à apprécier par ce service sur la base du dossier à sa disposition "n'est pas claire et n'a pas été instruite de manière satisfaisante".

3.1 La première appréciation médicale recueillie suite au dépôt de la demande de prestations du 10 janvier 2011 a été rendue courant octobre 2012 par le généraliste traitant, par ailleurs spécialisé en médecine interne. De cette évaluation et des documents médicaux qui lui sont joints (rapports opératoires et radiologiques, rapports hospitaliers relatifs à diverses prises en charge spécialisées; dos. AI 34/7-49), il ressort un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de malformation ou d'hémiplégie et hypoplasie des membres supérieur et inférieur gauches congénitale avec coxalgies, de spondylolisthésis de degré 2 en L5-S1, d'arthrose de la métatarso-phalangienne du gros orteil droit, de cure de syndrome du canal carpien gauche avec multiples complications locales, de tendinobursite prétrochantérienne gauche, de syndrome des apnées obstructives du sommeil sévère (appareillé), de dysthymie puis d'état dépressif, ainsi que d'un status après amputation du 5^e rayon de la main gauche. Les mêmes sources médicales font pour l'essentiel état, sans influence du point de vue de la capacité de travail, d'une obésité de stade II, d'une hypertension artérielle (traitée), d'une sigmoïdectomie en 1996 pour perforation sur diverticulite, d'une cure de hernie discale L5-S1 en 1997, d'un stress psychosocial et d'une diverticulite colique en janvier et avril 2008. Attestant de plusieurs périodes d'incapacité de travail entière et

d'une partielle dès 2004, le généraliste traitant a précisé que l'accumulation des problèmes de santé à compter de cette même date jusqu'à 2009 avait précipité le licenciement de son patient qui n'avait depuis lors pu reprendre une activité professionnelle en raison des limitations importantes encourues dans sa mobilité. A ces dernières, accompagnées de problèmes articulaires nombreux et divers, s'ajouteraient des troubles secondaires au syndrome des apnées obstructives du sommeil ainsi qu'un état dépressif récurrent. Selon le même rapport médical, il n'est pas possible d'apprécier actuellement la capacité de travail dans une activité adaptée au handicap, étant néanmoins précisé que seul un emploi en position assise, moyennant au surplus la possibilité en soi préservée de monter des escaliers et de se déplacer, est envisageable depuis 2008. Le généraliste traitant juge le pronostic réservé eu égard à la quantité et à la gravité des problèmes de santé présents, et axe en l'état la priorité sur une perte pondérale (déjà amorcée avec une réduction du poids de 17 kg) ainsi que sur le maintien de la thymie au meilleur niveau possible. En date du 9 septembre 2013, le même médecin s'est encore adressé à l'Office AI en invoquant une situation clinique "bien péjorée" en lien avec un possible canal lombaire étroit visible sur un scanner effectué le 20 août 2013 (dont le rapport était joint en copie et faisait principalement état d'une protrusion discale L5-S1) et en cours d'investigations neurochirurgicales (incluant une IRM). En l'état, toujours selon le généraliste traitant, la situation au niveau de la jonction lombo-sacrée apparaissait "bien compromise et invalidante" au vu des douleurs générées et de l'impossibilité récente du patient de marcher plus de quelques mètres sans ressentir une claudication qualifiée de neurogène. Le 14 février 2014, le même médecin a transmis à l'intimé copie des rapports de l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 19 septembre 2013 et de la consultation neurochirurgicale du 30 septembre 2013, se limitant pour sa part à indiquer que la perte pondérale amorcée peine à progresser vu les douleurs invalidantes empêchant tout exercice physique. Il ressort essentiellement de l'IRM précitée une sténose foraminale bilatérale importante en L5-S1 due à une spondylolisthésis de degré 1 et associée à une protrusion discale latéro-foraminale bilatérale. Une spondylodèse L5/S1 a été recommandée du point de vue neurochirurgical, mais uniquement après une perte de poids de 15 kg.

3.2 Pour sa part, le SMR, par le biais d'une spécialiste en médecine générale, dans un rapport du 9 janvier 2013, a retenu le diagnostic influençant la capacité de travail d'une malformation congénitale du bras et de la jambe gauches, d'une coxalgie sur légère dégénération (sans arthrose encore), d'une spondylolisthésis de degré 2 L5/S1 en présence d'un status après une opération de hernie discale L5/S1 en 1997 et, sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'une obésité importante, d'une dysthymie avec thymie dépressive, d'une sigmoïdectomie et d'un status après diverticulites, d'un status suite à une amputation partielle du 5^e doigt gauche le 17 août 2007 pour luxation de l'articulation interphalangienne proximale, ainsi que d'un status post-cure du tunnel

carpien gauche en janvier 2007 avec révision en août 2007. Pour nier l'existence d'une dépression ayant valeur de maladie, telle que retenue par le généraliste traitant, la doctoresse du SMR avance qu'une évolution clinique en ce sens de la dysthymie d'origine ne peut être retenue en l'absence d'un suivi psychiatrique et d'un traitement médicamenteux antidépresseur. Se plaçant dès lors d'un point de vue exclusivement somatique, elle estime que des travaux lourds ne sont plus exigibles de l'assuré, mais qu'une capacité de travail de 90% est préservée dans une activité peu contraignante (jusqu'à 15 à 20 kg de charges et pas plus de 5 kg répétitivement) alternant les positions, moyennant de courtes pauses de cinq minutes toutes les demi-heures (justifiant la baisse de rendement de 10% retenue) et sans tâches par ailleurs trop fines en raison du status après opération du tunnel carpien et amputation partielle du 5^e doigt gauche. Des mesures professionnelles demeureraient envisageables sous réserve de facteurs non médicaux présents, en particulier l'âge de l'assuré et son long éloignement du marché du travail. Suite au scanner du 20 août 2013 ayant révélé une protrusion discale L5-S1 susceptible de provoquer avec la spondylolisthésis de degré 2 déjà connue des claudications en cas de soulèvement de charges et en position penchée vers l'avant, le SMR a adapté son profil d'exigibilité dans une prise de position du 12 novembre 2013, en ce sens que seul un travail léger jusqu'à 5 kg, sans soulèvement de charges à partir du sol mais uniquement dès hauteur des hanches et respectant des pauses d'environ une demi-heure par deux heures et à la minute de temps en temps, est exigible de 50 à 70% (à 50% pour un travail uniquement debout et 70% pour une activité en position assise offrant le choix de se lever et de travailler debout en cas de besoin). Le SMR a confirmé ces exigences après avoir pris connaissance des derniers éléments médicaux au dossier, en particulier l'IRM du 19 septembre 2013 révélant une spondylolisthésis de degré 1 moins grave que celle de degré 2 constatée au scanner d'août 2013 (prise de position du 26 février 2014). En procédure de recours devant le TA, le SMR, par le biais toujours de la même doctoresse, a encore précisé qu'une présence à temps complet avec un rendement de 70% est exigible de l'assuré dans un emploi assis léger (charges limitées à 5 kg), la baisse de rendement s'expliquant par la nécessité d'instaurer des pauses régulières. Il a en outre été spécifié à cet égard que certains travaux usuels (comme porter la poubelle ou de nettoyage) peuvent néanmoins ne plus rentrer dans un tel profil d'exigibilité et que selon les travaux à effectuer au cas par cas, le rendement peut varier de 50% à 60% pour un temps complet (voir rapport y relatif du 26 août 2014 au dos. TA).

4.

Les rapports médicaux au dossier divergent quant à l'appréciation de la capacité de travail par le généraliste traitant, d'une part, qui juge celle-ci in fine pratiquement

inexploitable en l'état, et le SMR, d'autre part, lequel atteste d'un pensum résiduel sans avoir procédé à aucun examen clinique.

4.1 Pour revêtir une valeur probante comparable à celle d'autres expertises, les rapports du SMR doivent satisfaire aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.2 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (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]). Il n'est en revanche pas strictement nécessaire que la personne assurée soit examinée personnellement. D'après l'art. 49 al. 1 phr. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) en effet, les SMR peuvent au besoin seulement procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Dans les autres cas, ils sont parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'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). 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 conclusions des 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 (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. 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 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

4.2 La fiabilité de l'avis du SMR est en l'occurrence d'emblée mise en doute par le fait que la doctoresse consultée au sein de ce service, en sa qualité de médecin généraliste FMH, ne dispose pas de toutes les qualifications spécialisées nécessaires à l'appréciation des plaintes orthopédiques et psychiques ici concernées (voir TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 avec références; JTA AI 2012/174 du 7 décembre 2012 c. 4.1.2). Sur ce dernier plan médical, son appréciation de la portée invalidante de l'état dépressif reconnu par le généraliste traitant se fonde par ailleurs sur des prémisses erronées, à mesure qu'elle part de l'idée que l'assuré ne prend aucun traitement médicamenteux antidépresseur et que ses symptômes ne peuvent ainsi s'inscrire dans le cadre d'une véritable dépression ayant valeur de maladie. Il ressort au contraire du dossier médical du recourant que son généraliste lui a prescrit, dès octobre 2012 en tout cas (date du rapport de ce médecin faisant état de cette prescription médicamenteuse) un traitement antidépresseur (Fluoxétine) à raison de 20

mg par jour et qu'un suivi régulier est en outre attesté à la même consultation médicale (dos. AI 34/2 ch. 1.5). Le maintien de la thymie au meilleur niveau possible a même été considéré comme l'une des priorités du généraliste traitant (c. 3.1 supra), attestant ainsi de l'importance que cette problématique (qualifiée même de récurrente, c. 3.1 supra) revêtait en l'état, selon lui, dans le tableau clinique. D'autres sources médicales au dossier ont antérieurement du reste fait mention d'une composante psychique sous forme d'abord d'une dysthymie, puis d'un état dépressif au décours, ainsi respectivement en décembre 2011 par le biais d'un cardiologue et en mars 2012 lors d'une consultation en pneumologie et médecine interne (dos. AI 34/10; 34/8). Aucun de ces médecins n'évoquait en revanche la prise d'un antidépresseur dans le suivi global de leur patient, le premier d'entre eux ayant néanmoins fait état d'une prescription d'anxiolytique à raison de 10 mg par jour (Tranxilium; dos. AI 34/11). Il s'ensuit que si aucun diagnostic n'a il est vrai été posé en l'occurrence par un psychiatre, ni aucune affection dès lors retenue selon une classification médicale reconnue des troubles psychiatriques au sens par exemple de l'ICD-10, des éléments tangibles au dossier d'un traitement médical régulier notamment antidépresseur (sous réserve d'une compliance avérée du patient à celui-ci) ne permettent à tout le moins pas d'exclure une possible atteinte à la santé psychique relevant de l'AI. Sans autres investigations spécialisées alors même que la présence d'une possible problématique psychique aurait déjà nécessité un examen personnel du patient sur ce plan, le SMR ne pouvait à tout le moins d'emblée restreindre son examen des exigibilités professionnelles au seul aspect somatique. D'autant qu'il y a lieu sous l'angle de l'appréciation des preuves de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe n'ait été préalablement ordonnée (c. 4.1 supra), laquelle, en tant que première mesure d'investigation approfondie de l'administration, devrait au surplus être en principe pluridisciplinaire (TF 9C_207/2012 du 3 juillet 2013 c. 3.2).

4.3 On ne saurait par ailleurs admettre que la doctoresse du SMR avait uniquement à apprécier en l'occurrence un état de fait médicalement établi, respectivement que les documents recueillis à cet effet auprès du généraliste du recourant revêtaient une force probante suffisante pour compenser, cas échéant, l'absence d'examen personnel à la base de l'appréciation de ce service médical. La jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) n'admet du reste qu'avec circonspection, en cas de litige, la force probante des constatations des médecins traitants, étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient vu la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 135 V 465 c. 4.5 avec la référence citée). Force est au surplus de constater que l'appréciation du généraliste traitant n'est pas d'emblée exempte de contradictions, à mesure qu'elle témoigne de l'inaptitude du recourant à retravailler suite à son licenciement du fait des limitations importantes encourues dans sa mobilité, mais

n'atteste néanmoins aucune incapacité de travail durable dans le dernier emploi dont ce médecin admet pourtant que la perte est imputable aux problèmes de santé accumulés entre 2004 et 2009. Le même généraliste ne justifie par ailleurs pas non plus son impossibilité à apprécier en l'état la capacité de travail médico-théorique offerte dans une activité adaptée (à supposer qu'une telle activité existe vu l'inaptitude de prime abord générale à retravailler évoquée ci-dessus), hormis éventuellement un problème de surpoids sans influence en principe toutefois (à tout le moins durable) sur l'invalidité (TF 8C_74/2008 du 22 août 2008 c. 2.2). Il se limite à définir la catégorie des travaux envisageables (en position assise avec possibilité de monter des escaliers et de se déplacer) en cochant trois fois la réponse positive (et douze fois la variante négative) sur le questionnaire médical de l'AI. Dans ses derniers rapports au dossier AI, le même médecin fait certes état d'une péjoration de la situation médicale moyennant une problématique nouvelle au niveau de la jonction lombo-sacrée qualifiée d'invalidante, sans que l'on ne puisse toutefois en inférer l'importance qu'elle revêt dans le tableau clinique, respectivement ses répercussions à terme une fois exploitées les options neurochirurgicales offertes (spondylodèse). Cela vaut d'autant plus que l'on ignore quels effets cumulés cette affection peut avoir sur les exigences professionnelles si l'on tient compte des autres atteintes médicales présentes, en particulier de la malformation des membres inférieur et supérieur gauches avec coxalgie, ainsi que de la tendinobursite prétrochantérienne gauche (même côté du corps visé, prioritairement, par les dernières plaintes lombaires du patient; dos. AI 50/2). Le SMR a du reste lui-même admis que certaines composantes du tableau clinique, pas nécessairement significatives en elles-mêmes, telle une protrusion discale, pouvaient restreindre la capacité de travail en conjonction avec d'autres atteintes comme la spondylolisthésis de degré 2 ici connue (et par la suite diagnostiquée de degré 1, sans influence toutefois sur le profil d'exigibilité du SMR; c. 3.2 supra; dos. AI 49/2).

4.4 Sur la base d'un état de fait médical aussi peu éclairci, l'évaluation du SMR fondée sur la seule étude du dossier ne peut manifestement emporter la conviction, d'autant qu'elle est elle-même affaiblie par certaines lacunes de départ insurmontables. Si cette appréciation livre il est vrai une estimation chiffrée de la capacité de travail contrairement à celle du généraliste traitant, elle écarte en revanche beaucoup trop tôt la problématique psychique attestée au dossier et ses possibles répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Aussi, l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur la seule appréciation médicale du SMR (de surcroît d'abord à tort sur celle du 9 janvier 2013 au lieu de celle du 12 novembre 2013, voir sa réponse du 1^{er} septembre 2014, p. 2) et en ne veillant pas à clarifier les incertitudes et les contradictions qui s'en dégagent par rapport aux conclusions du généraliste traitant, a violé le principe inquisitoire (cf. c. 2.3). Il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire, par le biais d'une

expertise pluridisciplinaire (c. 4.2 supra). Une fois cet état de fait médical éclairci et dans l'hypothèse d'une capacité résiduelle de travail encore reconnue au recourant, l'intimé déterminera si en l'absence de mesures de réadaptation professionnelles (écartées à l'époque par sa propre division de réadaptation; dos. AI 27/1), il demeure néanmoins encore possible de placer l'intéressé sur le marché libre de l'emploi.

Dans ce prolongement, l'intimé abordera également la problématique de l'âge de l'assuré (autre grief formulé dans le recours). De pratique judiciaire constante (ATF 138 V 457 c. 3.1), l'âge avancé, même s'il consiste en un facteur étranger à l'AI, représente un élément qui, associé à d'autres considérations personnelles et professionnelles, peut conduire à ce que la capacité de gain encore reconnue à une personne assurée ne soit réellement plus recherchée sur un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit plus exigible, donnant droit dès lors à une rente entière d'invalidité. Cette exigibilité d'exercice d'une activité lucrative (à temps complet ou partiel), en fonction de l'âge de l'assuré, s'apprécie par rapport à la date à laquelle elle a été constatée médicalement avec fiabilité. En l'espèce, tel n'est pas (encore) le cas, au vu de l'issue du présent recours (ATF 138 V 457 c. 3.3-3.5). Même le SMR n'a en l'occurrence pu exclure qu'une capacité de travail médico-théorique reconnue sur le marché de l'emploi ne puisse être d'emblée exploitée sans autre réduction supplémentaire du rendement, dès lors qu'une activité en soi profilée pour les handicaps pourrait, selon lui, néanmoins comporter certaines tâches inadaptées et donc inexigibles pour l'assuré (c. 3.2 supra). Dans l'hypothèse où la possibilité d'être placé resterait tout de même préservée au cas particulier sur le marché du travail, l'intimé déterminera le degré d'invalidité du recourant et ses éventuelles fluctuations eu égard notamment à la dernière problématique lombo-sacrée attestée au dossier. En se fondant sur le ou les degré(s) d'invalidité qu'il aura ainsi calculé(s), l'intimé rendra une nouvelle décision se prononçant sur un éventuel droit à une rente de l'assuré, qui a déjà plus de 61 ans. In casu, 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. Il est d'ailleurs à juste titre requis par le recourant dans ses conclusions. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu de l'assuré et le priverait d'une instance de décision (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 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.

5.

Au vu de ce qui précède, la décision du 13 mai 2014 doit être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'Office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5.1 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente 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 une mandataire professionnelle, 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 23 octobre 2014, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site www.justice.be.ch/ta -> Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'189.75 (honoraires: Fr. 1'053.-; débours: Fr. 48.60; TVA: Fr. 88.15).

5.2 Les frais de la procédure de recours, 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).

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. L'avance de frais de Fr. 700.- versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'189.75 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
 - à (...).

La présidente:

La greffière,
e.r.: A.-F. Boillat, greffière:

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).