

200.2014.833.AI

BEP/BEJ

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

**Jugement du 14 décembre 2015**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 août 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1950, a été victime de deux accidents de la circulation, le 2 juin 1974 et le 14 mars 1995. Ces deux traumatismes ont provoqué de sérieuses atteintes à la santé chez l'assuré (amputation du membre inférieur droit et parésie du membre supérieur droit en 1974; multiples fractures des membres inférieur et supérieur gauches en 1995). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a pris les deux cas en charge. Par ailleurs, l'assurance-invalidité (AI) a alloué à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 1975 au 30 septembre 1977. Après un reclassement professionnel couronné de succès en tant que dessinateur sur machines (le métier initialement appris de décolleteur n'étant plus adapté aux handicaps), l'assuré a occupé divers emplois et bénéficié d'une demi-rente du 1<sup>er</sup> mai 1981 au 31 mars 2006, augmentée temporairement à une rente entière du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 1995 en raison du second accident. A la suite de pertes d'emplois, il a également été soutenu par diverses mesures professionnelles de réadaptation et il a toujours retrouvé une activité professionnelle. L'assuré a ensuite à nouveau bénéficié d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010 (voir jugement du Tribunal de céans du 27 septembre 2012, JTA AI/2011/1101).

**B.**

En janvier 2013, l'Office AI Berne a entrepris une procédure de révision d'office de la rente. Cette procédure a été allongée par la situation de santé instable du recourant à cette époque (mise en place d'une prothèse de hanche gauche, intervention qui a été suivie de multiples complications). Sur la base de deux prises de position des 24 janvier et 20 mai 2014 d'un spécialiste en médecine interne de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne, par préorientation du 30 mai 2014, a informé le mandataire de l'assuré qu'il entendait accorder à ce dernier une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 30 juin 2014, puis une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014. Nonobstant les objections du 3 juillet

2014 du mandataire de l'assuré et un rapport du médecin traitant du 20 juin 2014, après avoir recueilli une nouvelle prise de position du SMR du 31 juillet 2014, l'Office AI Berne a rendu, le 8 août 2014, une décision formelle en tous points identique à sa préorientation du 30 mai 2014.

### **C.**

Par acte du 11 septembre 2014, toujours représenté par le même avocat, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée du 8 août 2014, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2014, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction médicale. Il a également introduit une requête d'assistance judiciaire, qu'il a retirée par la suite en date du 25 septembre 2014.

Dans son mémoire de réponse du 31 octobre 2014, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Par réplique du 16 décembre 2014, le recourant a maintenu ses conclusions. Le 12 janvier 2015, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 8 août 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue au recourant une rente échelonnée, entière du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 30 juin 2014, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014. Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte sur la poursuite du versement d'une rente entière au-delà du 30 juin 2014 ou, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Est particulièrement critiqué le fait que l'intimé se base uniquement sur un bref rapport du SMR, établi sans

examen personnel du recourant, selon lequel la capacité de travail de ce dernier est de 50% dès avril 2014, alors que ses médecins traitants lui attestent une incapacité de travail totale. A ce stade, il faut préciser que l'octroi de la rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 30 juin 2014, même s'il n'est pas contesté, n'est pas formellement entré en force. En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige et le pouvoir d'examen du juge s'étend, sous réserve du respect du droit d'être entendu, aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

**1.2** Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et 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], 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** 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence 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).

**2.2** 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 et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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).

### **2.3**

**2.3.1** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux

habituels (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.1).

Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b).

**2.3.2** Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

**2.3.3** Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Si l'incapacité de gain ou l'incapacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

## **2.4**

**2.4.1** 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). 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).

**2.4.2** 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 (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 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**2.4.3** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

### 3.

**3.1** La rente antérieure avait été fixée dans une procédure de révision engagée à la suite de la perte d'un emploi d'"agent-méthodes" et contrôleur dans la mécanique de précision en 2009. Les diagnostics (définitifs) avec répercussion sur la capacité de travail résultant des deux accidents, de moto en 1974 (amputation du membre inférieur droit, parésie du plexus du bras droit, pratiquement pas utilisable) et de vélo en 1995 (status après fractures multiples des membres inférieur et supérieur gauches avec prothèse au cubitus gauche limitant l'utilisation du bras gauche), en plus d'un état dépressif depuis la perte du dernier emploi, faisaient l'unanimité. Il avait été reconnu, également par le médecin du SMR (dossier [dos.] AI 64/3-5), que le recourant avait surexploité sa capacité résiduelle de travail pendant quelques années et qu'il y avait lieu de rétablir un droit à une rente en fonction d'une capacité de travail à plein temps, mais avec un rendement de 50%. La procédure de recours à l'origine du JTA AI/2011/1101 du 27 septembre 2012 n'avait concerné que les aspects du début du droit à la rente et du taux d'invalidité (contestation du revenu hypothétique d'assuré valide par rapport au revenu avec invalidité fixé en fonction d'un nouvel emploi de contrôleur retrouvé entre-temps). Le quart de rente, pour un degré d'invalidité d'au plus 49%, avait été confirmé, mais à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010 au lieu du 1<sup>er</sup> décembre 2010 prévu par la décision du 13 octobre 2011.

**3.2** Lorsque l'intimé a initié sa nouvelle procédure de révision à fin janvier 2013, l'état psychique s'était stabilisé, mais une coxarthrose avancée, surtout à gauche, compliquait les autres handicaps du recourant. Une prothèse totale de hanche a été mise en place lors d'une intervention pratiquée le 22 avril 2013. Des complications, principalement infectieuses (staphylocoques dorés), mais aussi d'autres natures (œdème généralisé, anémie, gastrite, bronchite, escarres, carences, hypertonie artérielle; voir notamment dos. AI 127/17-22), ont impliqué cinq nouvelles interventions du 13 au 28 mai 2013 avec, finalement, un remplacement de la prothèse initialement posée. La réhabilitation a ensuite encore été marquée par une chute début juillet 2013 (dos. AI 127/9), un contrôle serré des paramètres infectieux toujours peu stables à fin 2013 (dos. AI 130/5), la survenue de

calcifications périarticulaires touchant la hanche opérée diagnostiquées dès début décembre 2013 (dos. AI 130/4-9), une ténosynovite sténosante du pouce gauche apparue dès octobre 2013 (usage des cannes) et opérée le 7 février 2014 (dos. AI 138/8-10) et des problèmes d'irritation du moignon du membre inférieur droit décrits depuis janvier 2014 et en régression à fin mars 2014 (dos. AI 130/5 et 138/1-2). Dans ces circonstances, tant le spécialiste en chirurgie orthopédique ayant opéré le recourant, que le généraliste traitant, ce dernier renvoyant toutefois à l'appréciation du spécialiste, n'ont pas cessé d'attester une incapacité totale de travail depuis la date de la première opération (22 avril 2013).

**3.3** L'augmentation à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013 n'est par conséquent, à raison, pas remise en cause dans la présente procédure. On peut admettre avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve aussi usité en matière de révision de rente: TF 9C\_213/2015 du 5 novembre 2015 c. 4.2.2) que la pose de la prothèse et ses suites ont provoqué une suppression de toute capacité de travail de plus de trois mois, déterminante pour l'accroissement du droit aux prestations (art. 88a al. 2 RAI; voir c. 3.2 ci-dessus). En présence de ce motif de révision, c'est à juste titre que l'intimé a estimé qu'une invalidité de 100% découlait de l'incapacité totale de travail ayant prévalu dès le 22 avril 2013. En passant, on peut encore ajouter que, compte tenu des limites de l'objet de la présente contestation, il importe peu que l'on se fonde sur un droit préalable correspondant à un quart de rente (confirmé par le JTA AI/2011/1101 précité) ou à une demi-rente, selon les allégués figurant dans la décision contestée et le recours, toutefois aucunement étayés par le dossier.

#### **4.**

**4.1** Il convient en revanche d'examiner la conformité à la loi de la diminution, contestée, de la rente entière à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

A l'appui de la décision contestée et dans son mémoire de réponse du 31 octobre 2014, l'intimé a considéré sur la base des rapports des

24 janvier et 20 mai 2014 du spécialiste en médecine interne du SMR, à son avis probants, qu'à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014, l'incapacité de travail totale attestée notamment par le spécialiste en chirurgie orthopédique ayant opéré le recourant ne pouvait plus être admise et qu'une reprise de l'activité habituelle à 50% était à nouveau exigible. L'intimé est arrivé à un taux d'invalidité de 50% en comparant un revenu de dessinateur CAD à 100% (sans invalidité) et 50% (avec invalidité).

Le recourant quant à lui dénie toute valeur probante aux rapports du SMR sur lesquels se fonde la décision contestée. Il en conteste le contenu à ses yeux lacunaire et non conforme à la réalité, de plus en totale contradiction avec les évaluations circonstanciées et incontestables des spécialiste et médecin traitants.

**4.2** Après stabilisation de la phase post-opératoire critique évoquée ci-dessus (voir c. 3.2), les médecins traitants ont décrit l'évolution de l'état de santé du recourant comme suit.

**4.2.1** Dans un rapport adressé le 3 décembre 2013 au généraliste (dos. AI 130/8), le chirurgien orthopédiste indique les diagnostics principaux de calcifications périarticulaires et de status après débridement à plusieurs reprises et changement le 20 mai 2013 de la prothèse de hanche en raison d'une infection de celle-ci par des staphylocoques dorés et des *clebsiella pneumoniae*. Dans son anamnèse, il relève que le patient se plaint de douleurs à l'aine gauche, en particulier en position assise et pendant la nuit, et qu'il doit changer de position après avoir été assis pendant 15 minutes au maximum. Le chirurgien relate aussi que le recourant lui a raconté avoir entrepris trois jours auparavant une randonnée en forêt d'une dizaine de kilomètres en terrain accidenté et pouvoir sautiller sans problème sur la jambe gauche sur une vingtaine de mètres; le praticien remarque que son patient semble attacher une grande importance à cet exercice, alors même qu'il lui avait déconseillé déjà à plusieurs reprises de le faire (dans son rapport du 16 septembre 2013, le spécialiste transcrivait déjà de tels propos: il y était question de sauts sur la jambe opérée sur une distance de 30 mètres, sans pause, démontrés à un physiothérapeute déconcerté, et d'une randonnée de 6 heures avec dénivelé). Dans son évaluation, le chirurgien orthopédiste estime que les douleurs de son

patient trouvent éventuellement leur origine dans des calcifications périarticulaires et préconise la poursuite du traitement physiothérapeutique (exercices d'extension et de mouvements). Au cas où les douleurs à l'aîne persisteraient, le spécialiste indique envisager une excision des calcifications précitées. Il précise encore qu'au vu de l'ensemble de l'état de santé, avec les douleurs persistantes à l'aîne gauche en position assise et le status après amputation post-traumatique de la jambe droite, parésie post-traumatique du bras droit et fractures multiples du bras gauche, il ne lui apparaît pas pensable que son patient puisse reprendre son activité professionnelle.

Dans un nouveau rapport du 25 mars 2014 au généraliste (consultation du même jour), le chirurgien orthopédiste indique les mêmes diagnostics principaux. Son anamnèse fait état de légères douleurs persistantes à l'aîne gauche, n'étant plus présentes que lors d'activités précises, comme se retourner dans le lit, ainsi que des difficultés de se mettre en mouvement. Pour le surplus, il constate que son patient, qui ne prend pas d'antalgiques, se déclare satisfait dans l'ensemble, en mesure de vivre avec ses troubles actuels, et qu'il est toujours très actif, entreprenant des randonnées de plusieurs heures et s'étant exercé à sauter sur sa jambe gauche en piscine. Dans son évaluation, le praticien conclut qu'une excision des calcifications périarticulaires n'est pour le moment plus envisagée par son patient. Dans un autre rapport (de la même consultation) du 30 mars 2014 à l'attention de l'intimé, le spécialiste confirme par ailleurs son attestation d'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée dès le 22 avril 2013, due à une capacité de marche réduite, aux douleurs persistantes ressenties dans l'aîne gauche et au fait que le patient ne peut rester assis que pendant une courte durée. Il précise en outre que l'activité habituelle n'est plus exigible, qu'une amélioration de la capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation professionnelle n'est plus possible et que le pronostic est mauvais.

**4.2.2** Le généraliste traitant du recourant, pour sa part, a adressé un rapport médical intermédiaire détaillé à l'intimé en date du 10 janvier 2014. Il y déclare en substance que l'état de santé de l'assuré est globalement stable depuis le 3 novembre 2013, date de son précédent rapport, mais

mentionne l'apparition de calcifications périarticulaires et la réapparition d'un syndrome inflammatoire en décembre 2013. Les diagnostics influençant la capacité de travail cités consistent dans un status après mise en place le 22 avril 2013 d'une prothèse totale de la hanche gauche, compliquée par une infection de la prothèse ayant nécessité plusieurs réinterventions, un changement de la prothèse et une antibiothérapie prolongée, ainsi que des calcifications périarticulaires, un status après amputation post-traumatique du membre inférieur droit en 1974, une parésie post-traumatique du membre supérieur droit en 1974, un état dépressif stabilisé, un status après multiples fractures traumatiques en 1995 des membres inférieur et supérieur gauches et une prothèse du coude gauche. Le praticien indique que la rééducation post-opératoire a été ralentie à la fois par les divers handicaps connus et par les graves problèmes infectieux périopératoires. Cliniquement, il constate d'une part la persistance des douleurs à la marche, limitant les déplacements, et d'autre part qu'en raison de la démarche inhabituelle, une irritation du moignon du membre inférieur droit s'est produite, nécessitant des soins locaux. Par ailleurs, il indique qu'un problème tendineux au pouce gauche était apparu suite à l'usage prolongé des cannes. Répondant aux questions précises de l'Office AI Berne quant aux limitations de l'assuré et à leurs répercussions sur la capacité de travail, il déclare que la restriction principale concerne le problème de la hanche gauche, la rééducation étant rendue difficile par la présence des divers handicaps préexistants connus et après les graves complications infectieuses précitées, de même que par la survenance de calcifications périarticulaires. Il souligne que la situation actuelle de la hanche gauche empêche toute activité professionnelle à cause des douleurs, des problèmes de déplacement et de la limitation de la mobilité qu'elle entraîne, et ajoute que les répercussions des autres restrictions sont connues, soit une limitation et une lenteur des déplacements, des difficultés d'utiliser les escaliers, des troubles de l'équilibre avec risques de chute, un membre supérieur droit quasiment inutilisable, une limitation de l'usage du membre supérieur gauche et une limitation du port de charges. En raison de ces restrictions, le généraliste traitant estime qu'aucune activité lucrative n'est possible ou envisageable actuellement. Il précise enfin que c'est à l'orthopédiste qu'il appartient de se prononcer en premier lieu quant à une éventuelle reprise du travail de son patient.

Dans un nouveau rapport médical intermédiaire du 31 mars 2014, le généraliste déclare que la situation est globalement inchangée, les calcifications périarticulaires limitant toujours la mobilité. Comme changement, il relève que le syndrome inflammatoire a disparu et que les orthopédistes ont pour l'instant renoncé à une réintervention en lien avec les calcifications. Il ajoute que son patient avait été opéré le 7 février 2014 d'une ténosynovite sténosante du pouce gauche (rééducation postopératoire) et que l'irritation du moignon est en régression. Il continue à confirmer l'incapacité de travail de 100% gérée par l'orthopédiste. Il lui paraît peu probable, même si le problème des calcifications se résolvait à moyen terme (nombreux mois), que son patient puisse reprendre une activité professionnelle en raison de l'âge.

**4.3** Le spécialiste en médecine interne du SMR a établi un rapport de synthèse à l'attention de l'intimé le 24 janvier 2014 afin d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 49 al. 1 RAI). Il a rappelé l'évolution du cas, qu'il suit depuis plusieurs années (voir dos. AI 66/3: rapport du 3 janvier 2010), et évoqué les complications entraînées par la mise en place de la prothèse de hanche gauche, y compris les dernières difficultés rencontrées, à savoir les calcifications susceptibles d'expliquer les douleurs persistantes ainsi que l'inconfort de la position assise et les douleurs à la main gauche résultant de l'usage des cannes. En dépit des restrictions supplémentaires (mobilité, position assise, douleurs), par rapport à la situation antérieure à la coxarthrose déjà caractérisée par de multiples handicaps, l'interniste du SMR est arrivé à la conclusion qu'il ne pouvait pas se rallier à l'avis du spécialiste en chirurgie orthopédique selon lequel l'assuré ne pourrait plus guère reprendre un emploi. Le médecin a mis en exergue la détermination à fournir un travail de qualité toujours démontrée par l'assuré malgré ses lourds handicaps, attitude qui avait aussi stabilisé ce dernier sur le plan psychique. Il a relevé que l'assuré avait retrouvé, encore en septembre 2010, un emploi à plein temps, moyennant une perte de rendement, activité de contrôle qu'il avait exercée jusqu'à l'aggravation de la coxarthrose. Se fondant aussi sur les descriptions de randonnées de 6 heures ou de 10 kilomètres en terrain inégal et des sauts sur la jambe gauche sur une distance de 20 ou 30 mètres, exercices certes déconseillés en vain par l'orthopédiste, le

médecin du SMR a estimé que, si une nouvelle intervention liée aux calcifications n'avait pas lieu, une reprise à 50% (au moins 4 heures par jour) de l'activité exercée précédemment était exigible dès le 1<sup>er</sup> avril 2014.

Après réception des derniers rapports médicaux de fin mars 2014 des médecins traitants, le spécialiste en médecine interne du SMR a encore dressé un autre rapport de synthèse, confirmant l'existence d'une amélioration de l'état de santé après la période d'incapacité totale du 22 avril 2013 au 31 mars 2014. Il a analysé les nouvelles constatations ressortant de ces rapports les plus récents (assuré déclarant pouvoir vivre sans problème avec le résultat de l'opération de la hanche, renonciation à une nouvelle intervention, disparition de toute infection, radiographies de contrôle montrant un bon positionnement de la prothèse, opération du pouce gauche et continuation de la pratique de la randonnée et des sauts). En tenant compte des restrictions et douleurs mentionnées par l'assuré et en les confrontant avec le profil de l'emploi de contrôleur donné par l'employeur (dos. AI 114/2-6), bien que connaissant les avis des médecins traitants, l'interniste du SMR a confirmé sa précédente estimation selon laquelle on pouvait exiger une reprise de l'ancien emploi, tout à fait adapté (position en majeure partie alternée, assise ou marche), dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, à raison de non plus de 8, mais de 4.5 heures par jour, avec une perte de rendement due aux handicaps précédents, de 5 à 10%.

**4.4** Contrairement aux allégués du recourant, les deux rapports de synthèse du SMR, même s'ils tiennent sur moins de deux pages chacun et que leur auteur les a rédigés sur la base du dossier sans éprouver le besoin de procéder à un examen personnel (possibilité subsidiaire proposée par l'art. 49 al. 2 RAI), n'ignorent ni la réalité de l'état de santé du recourant, ni les avis du généraliste et du chirurgien orthopédiste traitants. Au contraire, ces rapports ont été rédigés en connaissance de l'ensemble du dossier, du détail de l'évolution récente établie et non contestée du cas, selon les points de vue tant du médecin traitant que du spécialiste en chirurgie orthopédique. Sur la base des données fournies par les pièces médicales figurant au dossier, le médecin du SMR était tout à fait en mesure de se faire une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Les deux rapports sont les seuls à résumer

l'ensemble des constatations médicales à disposition et les estimations de leurs répercussions sur la capacité de travail en fonction de la situation professionnelle concrète. En effet, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré, mais le médecin n'a pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 140 V 193 c. 3.2). En l'occurrence, il faut notamment relever que le spécialiste en chirurgie s'appuie sur l'accumulation, certes impressionnante, des handicaps de son patient pour nier de façon générale toute probabilité de reprise d'emploi. Ce spécialiste ne se réfère toutefois jamais à la situation d'emploi qui existait avant l'opération de la coxarthrose alors que le recourant était déjà très handicapé et que les limitations et lenteurs de déplacements, les troubles de l'équilibre, les risques de chutes, la quasi-impossibilité d'utiliser le bras droit, les limitations d'usage et de force du bras gauche et des troubles dépressifs passagers étaient déjà constatés (voir par ex. dos. AI 48/8: rapport du 20 octobre 2009 du généraliste traitant). Quant au généraliste traitant, bien qu'il ait précisé le 21 avril 2013 que son patient n'exerçait plus depuis longtemps la profession de dessinateur sur machines (formation prise en charge comme mesure de réadaptation après le premier accident de 1974), dans ses derniers rapports, il se réfère à ce métier lorsque des questions lui sont posées au sujet de l'"activité antérieure". Dans les autres cas, il mentionne un empêchement général pour toute activité professionnelle ou s'en remet à l'avis de l'orthopédiste. En revanche, l'exposé du SMR a le mérite de replacer l'ensemble des plaintes et constatations de limitations fonctionnelles, ainsi que des appréciations des différents praticiens, dans le contexte du parcours personnel et professionnel du recourant. Il explique pourquoi il s'écarte de l'estimation des médecins traitants et étaye sa propre évaluation d'une façon convaincante. Le médecin du SMR est tout à fait conscient que les descriptions de randonnées et de sauts sur la jambe gauche représentent des exercices déconseillés et pas du tout représentatifs de ce qui peut être exigé du recourant. Il n'en reste pas moins que ces allégations, replacées dans le contexte, donnent des indications sur l'amélioration effective de l'état de santé depuis la phase postopératoire ayant justifié une incapacité totale de travail et sur la

résistance et les possibilités de mouvement du recourant en dépit de ses handicaps préexistants et des nouveaux empêchements intervenus après l'opération de la hanche. C'est dès lors à raison que l'intimé a accordé une valeur probante à l'avis de son SMR. Aucune autre investigation médicale ne s'imposait. Il convient donc d'admettre qu'avec une vraisemblance prépondérante, l'état de santé était nettement amélioré dès début avril 2014 et qu'il existait à nouveau une capacité de travail, dans une mesure de 4-5 heures par jour dans l'emploi exercé avant l'aggravation de la coxarthrose, avec une perte de rendement de 5-10% vu les interactions des nouveaux empêchements avec les anciens handicaps.

**4.5** Le changement sensible notable qui ressort du dossier constitue un motif de révision par rapport à la situation prévalant depuis l'opération de la hanche (voir c. 2.3 ci-dessus). Le droit à la rente doit par conséquent être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 117 V 198 c. 4b; SVR 2011 IV n° 37 c. 1.1), à savoir, au cas particulier, en fonction de l'estimation de la capacité de travail du SMR.

**4.6** D'emblée, il faut constater que l'intimé n'a en rien investigué les possibilités concrètes de reprise de l'emploi précédemment occupé à un taux réduit de 4-5 heures par jour. Certes, l'employeur semble avoir montré une tolérance hors du commun face aux handicaps du recourant, déjà avant les nouvelles atteintes dues à la hanche. L'acceptation d'une limitation supplémentaire, relative au temps de présence, n'apparaît dès lors pas évidente. Vu aussi l'âge du recourant (63 ans en avril 2014), au cas où la place de travail ne serait plus disponible, se poserait la question du caractère exploitable du point de vue économique de la capacité résiduelle de gain du recourant par rapport à un marché équilibré du travail (ATF 138 V 457 c. 3.1 et 3.3). Ces questions peuvent toutefois rester ouvertes au vu de ce qui suit.

**4.7** L'intimé, pour calculer le degré d'invalidité, a comparé deux revenus de dessinateur CAD sur machines (dessin assisté par ordinateur), l'un pris à 100% (revenu sans invalidité, Fr. 93'587.- en 2013) et l'autre à 50%

(revenu avec invalidité de Fr. 46'794.-). Ce mode de calcul n'est absolument pas pertinent. En effet, comme déjà jugé en 2012 (JTA AI/2011/1101 c. 3.3), le métier de dessinateur sur machines, fruit de la réadaptation après le premier accident, n'est pas représentatif pour le revenu sans invalidité: le dernier revenu réalisé en tant qu'ouvrier dans la métallurgie lourde en 1974, indexé, est plus élevé que les revenus réalisés comme dessinateur qualifié avant le deuxième accident. Un salaire de dessinateur ne peut pas non plus servir de base au revenu hypothétique avec invalidité car, le bras droit étant quasiment paralysé, en raison des fractures du bras gauche causées par le deuxième accident, le dessin, même assisté par ordinateur, n'a plus pu être pratiqué et, de surcroît, les douleurs actuelles inhérentes à la position assise représenteraient encore un autre obstacle.

En l'occurrence, l'année déterminante pour la comparaison de revenus est 2014 (ATF 129 V 222; amélioration médicale admise dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, susceptible d'avoir une répercussion sur la rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014, art. 88a al. 1 RAI; voir c. 2.3.3 ci-dessus).

En partant du dernier salaire réalisé avant le premier accident (Fr. 2'600.- x 13 = Fr. 33'800.- en 1974), qui aurait été, selon l'employeur concerné, de Fr. 40'620.- en 1979 (dos. AI 73.1/299), indexé à 2014 au moyen de la table (T39) d'évolution des salaires, indice suisse des salaires au total, 1939 = 100, publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et accessible à partir du site internet de ce dernier, on obtient un revenu hypothétique annuel sans invalidité de Fr. 94'426.- (1979: 955; 2014: 2220; voir aussi JTA AI/2011/1101 c. 3.5).

Compte tenu de l'avis du SMR, le revenu avec invalidité doit être estimé en fonction de l'emploi occupé par le recourant avant l'opération de la hanche. Ce revenu s'élevait à Fr. 52'650.- (13 x Fr. 4'050.-) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, en considération d'un horaire de 42 heures par semaine, avec un rendement de 60% (dos. AI 114/3). 4.5 heures par jour (moyenne de l'estimation du SMR), correspondent à 22.5 heures par semaine, soit un taux de 53,6% pour un horaire normal de 42 heures. On aboutit ainsi, si on admet que le salaire est proportionnel à la durée du travail (donc même sans abattement supplémentaire qui se justifierait du fait du temps partiel),

à un salaire de Fr. 28'220.- (53,6% x Fr. 52'650.-). Ce montant doit encore être diminué de la perte de rendement de 7,5% estimée par le SMR (5 à 10%). Il en résulte un revenu de Fr. 26'104.-.

En comparant la perte de gain issue de la différence entre les revenus sans et avec invalidité (Fr. 94'426.- - Fr. 26'104.- = Fr. 68'322.-), on aboutit à un taux de 72,35% d'invalidité, ouvrant le droit à une rente entière.

**4.8** Il résulte de ces considérations que même si le recourant pouvait reprendre son ancien emploi dans les conditions admises comme exigibles selon l'avis du SMR, l'état de santé du recourant ne se serait pas modifié au 1<sup>er</sup> avril 2014 dans une mesure susceptible d'influencer son droit à la rente. Une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ne se justifie donc pas et le recourant continue à pouvoir prétendre une rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2014.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, la rente du recourant a été à juste titre élevée à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013. En revanche, c'est à tort que l'intimé, dans la décision contestée du 8 août 2014, a réduit cette rente entière à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014. Le recours doit être admis et la décision contestée partiellement annulée, dans la mesure où le droit du recourant à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013 perdure au-delà du 30 juin 2014.

**5.2** Les frais de la présente procédure de recours de droit administratif, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 700.- versée par le recourant lui est restituée.

**5.3** Le recourant, qui obtient gain de cause et est représenté en procédure par un mandataire professionnel, a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). L'examen de la note d'honoraires du 12 janvier 2015 montre que le mandataire du recourant a compté 1h55 d'activités relatives à la procédure d'observation sur préavis.

Ces démarches non couvertes par la présente procédure judiciaire doivent être exclues du total (ATF 114 V 83 c. 4b; RCC 1989 p. 269 c. 4b-d). Pour le surplus, au vu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables, la note ne prête pas à discussion et les dépens sont fixés à Fr. 2'153.50 (honoraires: Fr. 1'932.-; débours: Fr. 62.-; TVA: Fr. 159.50) et mis à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision contestée est partiellement annulée, dans la mesure où elle prononce une diminution de la rente entière allouée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014. La rente entière est allouée au recourant au-delà du 30 juin 2014. Le dossier sera retourné à l'intimé pour calcul de la prestation, lorsque le présent jugement sera entré en force.
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 lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'153.50 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la présente procédure judiciaire.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire du recourant,
- à l'intimé,
- à [...],
- à [...],
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

**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).