

200.2016.1103.AI

BEP/BEJ

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

**Jugement du 23 mars 2017**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
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 12 octobre 2016



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1954, marié et père de deux enfants, a travaillé depuis 1974 dans la même entreprise en tant que plâtrier. En 1988, il a subi avec succès une première opération de hernie discale L4/L5. Au cours de l'année 2011, il a commencé à ressentir des douleurs lomboradiculaires à gauche persistantes, résistantes aux traitements prodigués par son médecin généraliste, un spécialiste en orthopédie et un rhumatologue, et qui ont provoqué des incapacités de travail successives depuis le 16 novembre 2011. Malgré les traitements, séjours hospitaliers et opérations entrepris (interventions des 15 juillet 2013, 7 janvier 2014 et 19 juin 2015), l'évolution ultérieure de son état de santé s'est révélée défavorable, une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite s'étant ajoutée aux troubles lombaires initiaux. Le 28 janvier 2014, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 avril 2014 en raison de son incapacité de travail de longue durée.

**B.**

Le 18 octobre 2012, l'assuré a déposé une demande de mesures professionnelles ou de rente de l'assurance-invalidité (AI), indiquant être atteint de douleurs à la colonne vertébrale depuis le 23 janvier 2011. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitant l'assuré et des informations de la part de son employeur. Un stage d'observation professionnelle en vue d'un placement a aussi été organisé du 19 mai au 17 août 2014, qui s'est néanmoins révélé infructueux, les responsables de l'institution de stage concluant que les problèmes de santé de l'assuré ne lui permettaient pas à ce moment-là d'avoir une activité professionnelle productive et que les attentes d'un employeur ne pourraient pas être assumées. Un second stage d'observation professionnelle, organisé du 23 mars au 21 juin 2015, a dû être interrompu le 30 avril 2015 en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, ce qui a conduit l'Office AI Berne à examiner son droit à

la rente. Après avoir recueilli de nouveaux rapports des médecins traitant l'assuré ainsi que plusieurs prises de position de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne, dans une préorientation du 25 février 2016, a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer rétroactivement une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 mai 2014, un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2015, une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015, puis un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Nonobstant les objections formulées le 17 mars 2016 par le mandataire de l'assuré, après avoir encore obtenu le 27 mai 2016 une prise de position de son SMR, l'Office AI Berne a rendu le 12 octobre 2016 une décision formelle en tous points semblable à la préorientation du 25 février 2016.

### **C.**

Par acte du 9 novembre 2016, l'assuré, toujours représenté par le même mandataire, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée du 12 octobre 2016. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation en tant qu'elle limite les prestations octroyées au recourant à un quart de rente pour les périodes du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2015 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2014 ou éventuellement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, ainsi que subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 19 décembre 2016, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Par courrier du 13 janvier 2017, le mandataire du recourant a renoncé à produire une réplique. Il a produit sa note d'honoraires en date du 19 janvier 2017.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 12 octobre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue au recourant une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 mai 2014 ainsi que du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015, et un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2015 ainsi qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Au vu des conclusions et des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'octroi au recourant d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2013 sans limitation dans le temps ou le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée l'insuffisance des investigations médicales à la base de la décision contestée, dans la mesure où l'intimé s'est uniquement basé sur l'avis de son SMR et sur le profil d'exigibilité établi par ce dernier, sans procéder à une expertise médicale ni tenir compte de l'aggravation de l'état de santé du recourant au niveau de l'épaule droite et des problèmes d'ordre psychique apparus.

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, 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 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 LPJA; 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, 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 du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible

(ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, pourrait encore exercer une activité sur le marché du travail qui lui est offert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1).

**2.3** 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). 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).

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).

**2.4** 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; maintien de la jurisprudence développée

sous l'empire de l'anc. art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). 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. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. 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 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Un autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement, une amélioration de l'état de santé propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 5.2). 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 la capacité 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).

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). L'art. 88a RAI concerne, certes, la révision de rentes déjà en cours. Il doit cependant être appliqué aussi, par analogie, lorsque la modification du degré d'invalidité s'est produite avant la première décision de rente; il s'ensuit que la modification

est alors simultanément prise en considération (ATF 125 V 413 c. 2d; RCC 1990 p. 543 c. 2).

## **2.5**

**2.5.1** 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 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 (voir l'art. 16 LPGa). L'expert médical évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGa), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGa; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

**2.5.2** 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).

**2.5.3** Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en la matière, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C\_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3b/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 LPGa (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

**2.5.4** 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 lié 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).

**2.5.5** 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). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

### **3.**

**3.1** On relèvera en premier lieu que l'octroi au recourant d'une rente entière pour les périodes du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 mai 2014 et du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015 n'est pas litigieux entre les parties.

L'intimé ne fait pas valoir de doutes sur la justification du droit du recourant à une rente entière pendant ces deux périodes et, au vu du dossier, rien ne permet par ailleurs de remettre en cause, en application de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le fait qu'après un délai d'une année d'incapacité de travail depuis août 2012, le recourant ait connu une invalidité entière, ni qu'il ait à nouveau été en incapacité de travail totale de juin 2015 à fin septembre de la même année.

D'après la jurisprudence, il convient certes d'offrir à la partie recourante la possibilité de retirer son recours lorsqu'une décision d'octroi de rente doit être annulée et l'affaire renvoyée à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il peut être cependant renoncé à l'obligation d'information lorsque le Tribunal cantonal retient de façon définitive dans les considérants de la décision de renvoi que l'octroi d'une rente partielle ou temporaire décidé par l'Office AI est justifié et fondé (ATF 137 V 314 c. 3.2.4), comme il y a lieu de le faire en l'espèce pour les périodes précitées du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 mai 2014 et du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015.

**3.2** L'intimé a considéré que dès mars 2014, une activité adaptée légère à moyenne, avec possibilité de changer de position et sans port répétitif de charges de plus de 10 à 15 kg, avait été exigible à plein temps de la part du recourant avec une diminution de rendement de 10 à 15%, et ce jusqu'à une péjoration de son état de santé en juin 2015 qui a nécessité une opération à la colonne vertébrale le 19 juin 2015 (rapport opératoire, dossier [dos.] AI 114/13). Pour la période ultérieure, l'intimé a ensuite retenu qu'après une phase de réhabilitation, une activité adaptée était à nouveau exigible de l'assuré dès octobre 2015. Pour ce faire, il se réfère aux divers rapports de son SMR, dont deux spécialistes en orthopédie ont été appelés à prendre position à de nombreuses reprises tout au long de l'évolution du dossier médical (15 avril 2013, 24 février 2014, 13 janvier, 15 juillet, 3 septembre et 8 décembre 2015, 16 janvier et 27 mai 2016; dos. AI 21, 40, 72, 102, 109, 122, 129 et 138).

**3.3** Pour sa part, le recourant soulève essentiellement l'insuffisance de l'instruction du dossier malgré près de cinq ans de procédure et fait en particulier valoir qu'il n'a été soumis à aucune expertise médicale. En

substance, il conteste être en mesure d'exercer encore une activité légère au sens du profil d'exigibilité établi par le SMR, invoquant que cette appréciation ne se fonde sur aucune analyse sérieuse de son cas et ne tient pas compte de ses nouveaux problèmes de santé, soit la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite - dont le médecin du SMR reconnaissait pourtant qu'elle avait aggravé sa situation de santé, mais sans qu'il modifie le profil d'exigibilité établi préalablement - ainsi que ses problèmes aux mains et ceux liés à sa dépression. Il ajoute que l'appréciation de l'intimé est aussi en contradiction avec les conclusions du rapport de l'institution dans laquelle il a effectué un stage d'observation professionnelle du 19 mai au 17 août 2014. Il allègue aussi que l'appréciation du SMR et de l'intimé se base apparemment principalement sur la seule conclusion du neurochirurgien qui l'a opéré à la colonne vertébrale et qui ne voulait pas admettre que son travail n'avait guère permis d'améliorer son aptitude au travail. Il invoque au surplus que l'appréciation de ce praticien découle d'une observation effectuée en juillet 2015, alors que l'évolution de son état de santé suite à sa dernière opération n'était pas stabilisée. Il souligne que l'évaluation de l'intimé ne tient pas compte non plus des indications de son médecin traitant, selon lesquelles il connaît des problèmes de force dans la main, des douleurs à l'épaule et des douleurs se propageant dans les jambes, ni du neurologue consulté sur recommandation de son médecin traitant (rapport du 5 septembre 2015, dos. AI 110).

#### **4.**

**4.1** S'agissant d'une décision allouant à l'assuré une rente échelonnée, en application par analogie des dispositions régissant la révision de rente (voir ci-dessus c. 2.4), il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la modification de la rente litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1).

En l'espèce, compte tenu de l'objet du litige, il s'agit donc prioritairement d'examiner si un changement important de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité dans une mesure justifiant une diminution de la rente du recourant d'une rente entière à un quart de rente avec effet trois mois plus tard, s'est produit une première fois en mars 2014, puis en octobre 2015.

## **4.2**

**4.2.1** Pour allouer une rente entière au recourant à partir du 1<sup>er</sup> août 2013, puis prononcer une diminution de cette prestation à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2014, l'Office AI Berne s'est essentiellement fondé sur l'évaluation de la capacité de travail faite dans ses rapports successifs par le spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR chargé initialement du dossier. Dans son rapport du 24 février 2014 (dos. AI 40), sur la base des avis médicaux figurant au dossier, le praticien retient les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de status après opération le 15 juillet 2013 de spondylodèse dorsale et décompression L4/S1 et opération le 7 janvier 2014 visant à pallier une lésion du nerf ulnaire du bras droit consécutive à l'opération du 15 juillet 2013. Il est d'avis que ces diagnostics entraînent une limitation de la capacité de charge de la colonne vertébrale lombaire et éventuellement une diminution de la force de la main droite, et que le recourant n'est plus à même d'exercer son activité lucrative antérieure de plâtrier dans la construction. Il estime par contre que le recourant est à même d'exercer une activité selon le profil d'exigibilité déjà cité plus haut (c. 3.1) depuis la mi-mars 2014 et que son état de santé est suffisamment stabilisé pour entreprendre une réadaptation professionnelle dès cette date. Confronté à l'évolution du cas et aux rapports médicaux ultérieurs des médecins traitant l'assuré, ainsi qu'au rapport du 15 août 2014 (dos. AI 59) de l'institution dans laquelle un stage d'observation professionnelle a été entrepris, le praticien a réitéré ce point de vue à plusieurs reprises (rapports des 13 janvier, 15 juillet et 3 septembre 2015; dos. AI 72, 102 et 109).

**4.2.2** A la lecture des autres pièces figurant au dossier relatives à l'année 2014, on constate notamment ce qui suit:

- Dans un rapport du 23 janvier 2014 à l'attention de l'intimé, complété le 1<sup>er</sup> février 2014 (dos. AI 34/1-4 et 35), le généraliste traitant le recourant, préconisant des mesures de réadaptation professionnelle, indique en substance qu'après l'opération à la colonne vertébrale entreprise en juillet 2013, son patient ne ressent quasiment plus de douleurs à ce niveau, mais qu'il souffre par contre de paresthésies douloureuses au niveau du bras droit, provenant d'une lésion du nerf ulnaire survenue au cours de l'opération en question. Il précise à cet égard que cette lésion a fait l'objet d'une nouvelle opération le 7 janvier 2014. D'autre part, le praticien déclare que du point de vue psychique, une dépression s'était établie en raison de la chronicisation des douleurs et de la longue période d'inactivité. Quant à la capacité de travail de son patient, le généraliste déclare qu'il n'est plus en mesure de travailler sur les chantiers dans la construction, mais qu'une activité légère à tout au plus moyennement lourde, variant les positions mais en grande partie assise et sans phases prolongées en position debout ou en marche, pourrait vraisemblablement se révéler possible à plein temps, sous réserve d'une évolution favorable aux niveaux du dos et du bras droit. Dans son complément du 1<sup>er</sup> février 2014, le praticien ajoute qu'il avait maintenu son patient en incapacité de travail depuis la consultation du 31 janvier 2014, car la situation au niveau du membre supérieur droit avait empiré depuis l'opération du 7 janvier 2014: alors que le recourant souffrait avant celle-ci de douleurs et pertes de sensibilité au niveau de la main, plus précisément du 5<sup>ème</sup> doigt, il souffrait depuis l'opération des mêmes symptômes au niveau de l'avant-bras, et qu'il y avait lieu d'attendre l'évolution pour pouvoir se prononcer, car ce constat pouvait être un signe positif, la sensibilité revenant dans le nerf lésé, comme tout autant un signe négatif.
- Dans son rapport du 12 février 2014 (dos. AI 36), le chirurgien ayant opéré le recourant le 7 janvier 2014 estime que le nerf ulnaire droit allait se rétablir en partie, mais déclare qu'il y avait lieu d'attendre encore au moins une demi-année pour déterminer dans quelle mesure. Il atteste au patient une incapacité de travail totale de 100% dès le 7 janvier 2014 pour une durée de vraisemblablement deux mois.
- Le rapport final du 15 août 2014 de l'institution chargée de la mesure (dos. AI 59) fait état des résultats du stage d'observation professionnelle

organisé du 19 mai au 17 août 2014. En substance, les responsables de l'institution relèvent que sur le plan professionnel, l'assuré a eu de la peine à s'adapter à des exigences totalement différentes de celles auxquelles il était habitué, mais que les plus grosses difficultés se sont révélées au niveau de sa santé. Des douleurs au dos, aux hanches, à une jambe et à un pied surgissaient lorsqu'il était dans une position de travail (assis ou debout) plus de 20 minutes et le contraignaient à faire des pauses ainsi qu'à changer de posture, voire, dans certaines situations, à interrompre l'activité en cours. Ils indiquent que l'assuré n'est de ce fait pas polyvalent, puisque l'activité doit être adaptée sans cesse à ses limitations. Les responsables soulignent que le recourant a eu un comportement adéquat, ne manquant aucun jour (mis à part son hospitalisation pour une hernie abdominale vers la fin de son stage) malgré les difficultés rencontrées et les douleurs permanentes. Ils précisent que l'assuré est toujours en traitement pour dépression, qu'il leur a expliqué que la dégradation de son état de santé a été pour lui un coup du sort très pénible à supporter et que, selon ses propres dires, il ne serait plus de ce monde sans les antidépresseurs. Ils concluent que dans la situation actuelle de l'assuré, une occupation professionnelle dans le domaine de la mécanique ou dans une autre activité technique en position assise n'était pas réaliste dans le marché libre du travail, et sont d'avis que les problèmes de santé qu'il rencontre ne lui permettent actuellement pas d'avoir une activité professionnelle productive.

- Du 4 au 6 août 2014, le recourant a effectué un séjour hospitalier au cours duquel il a subi une opération d'une hernie inguinale. Dans leur rapport du 4 août 2014 (dos. AI 70/3), les médecins hospitaliers posent les diagnostics principaux de petite hernie inguinale récidivante à gauche, de hernie de Spiegel éventuelle à gauche, de syndrome lombovertébral, de lésion du nerf ulnaire à droite, de composante dépressive manifeste et de status après ablation d'un adénome du colon en janvier 2014.
- Dans un rapport du 12 octobre 2014 (dos. AI 65/1), le neurochirurgien ayant opéré le recourant le 15 juillet 2013 indique en substance un bon résultat concernant l'état du dos du patient une année après l'opération, mais fait néanmoins part de sensations douloureuses ressenties par le patient en fonction de la charge et de l'activité, ainsi que de discrètes

douleurs à la pression au niveau de la colonne vertébrale lombaire inférieure. Il pose un pronostic à long terme mauvais en cas d'activité professionnelle impliquant une charge corporelle accrue, mais indique qu'une activité légère est, selon lui, immédiatement exigible, peut-être même avec une pleine capacité de travail.

- Dans un bref rapport du 17 décembre 2014 (dos. AI 70), le généraliste traitant atteste à son patient une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2014 et du 16 août au 24 août 2014, ainsi qu'à raison de 50% du 19 mai au 15 août 2014. Il indique aussi que l'opération du nerf ulnaire pratiquée en janvier 2014 a été un échec et n'a permis aucune amélioration.

**4.2.3** Cela étant, si le généraliste traitant a certes indiqué dans son rapport du 23 janvier 2014 que son patient devrait vraisemblablement disposer d'une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée, il a d'emblée relativisé cette estimation en posant comme condition une évolution favorable; or, dans son complément du 1<sup>er</sup> février 2014, il a continué d'attester au recourant une incapacité de travail totale, constaté non pas une amélioration, mais une dégradation de la situation relative au bras droit et conclu qu'il y avait lieu d'attendre l'évolution de la situation. Or, à cet égard, on constate que le praticien, dans son rapport du 17 décembre 2014, déclare sans ambages que l'opération au bras droit du 7 janvier 2014 a été un échec, n'ayant apporté aucune amélioration. Quant à l'incapacité de travail attestée par le généraliste traitant le 17 décembre 2014, on a vu qu'elle se montait à 100% du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2014, à 50% du 19 mai au 15 août 2014, puis à nouveau à 100% du 16 au 24 août 2014. Par ailleurs, le rapport final du stage d'observation professionnelle du 15 août 2014 conclut clairement au caractère irréaliste d'une activité professionnelle productive, principalement eu égard aux problèmes de santé dont souffre le recourant. Certes, dans son rapport du 12 octobre 2014, le neurochirurgien ayant procédé à l'opération vertébrale du 15 juillet 2013 évoque une capacité de travail actuelle dans une activité légère adaptée; son pronostic est toutefois mauvais à long terme en cas de sollicitation physique accrue. En outre, son évaluation ne tient compte que des paramètres spécifiques aux atteintes lombovertébrales du recourant.

Il convient dès lors d'admettre que l'évaluation de la capacité de travail du recourant à partir de mars 2014, telle qu'elle émane des rapports précités du SMR sur lesquels l'intimé s'est fondé, n'emporte pas conviction. A supposer que lesdits rapports puissent de prime abord répondre aux exigences relatives à la valeur probante des moyens de preuve médicaux, avec toutes les réserves qu'il convient encore d'apporter lorsqu'on se trouve en présence d'évaluation émanant de médecins internes aux assureurs sans qu'une expertise externe ait été ordonnée (voir ci-dessus c. 2.5), leur force probante doit être mise en doute. Tout d'abord, le chirurgien orthopédiste du SMR les a rédigés sans jamais procéder à un examen personnel du recourant. Par ailleurs, la date de mars 2014 retenue par le praticien du SMR pour fixer le moment à partir duquel l'activité exigible décrite devrait, selon lui, pouvoir être exercée par le recourant découle apparemment de l'estimation faite, dans son rapport du 12 février 2014, par le chirurgien ayant opéré le 7 janvier 2014 le recourant au niveau du nerf ulnaire. Or, si celui-ci a bien indiqué laconiquement une incapacité de travail totale de son patient pour une durée probable de deux mois dès le 7 janvier 2014, on ne saurait en déduire d'emblée une pleine capacité de travail à partir de mars de la même année. En effet, d'une part, pour fixer cette durée d'incapacité de travail, le spécialiste en question n'a bien évidemment pris en considération que les conséquences et la convalescence prévues de l'opération qu'il a lui-même pratiquée et, d'autre part, il a expressément précisé dans son rapport qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur la mesure dans laquelle le nerf ulnaire touché allait se rétablir et qu'il convenait d'attendre au moins six mois avant de le faire.

Il s'ensuit que les incertitudes quant à l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant qui découlent des différentes pièces au dossier précitées ne permettent pas de retenir de manière fiable, selon un degré de vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de l'assuré s'est véritablement sensiblement amélioré à partir de mars 2014 dans une mesure influençant sa capacité de travail et de gain, contrairement à ce que voudrait l'intimé. En effet, les estimations médicales évoquées de l'incapacité de travail ne sont unanimes ni quant à son ampleur, ni quant à son évolution dans le temps. En outre, force est de reconnaître que celles qui émanent des spécialistes ayant traité le recourant ne tiennent pas

compte, ou en tous les cas pas entièrement, de l'ensemble de l'état de santé du recourant, mais se focalisent sur la spécialité médicale du praticien concerné.

En conséquence, il faut conclure qu'en l'état, un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, au sens de la jurisprudence précitée relative à l'art. 17 al. 1 LPGA (voir ci-dessus c. 2.5), et, donc, la modification du droit à la rente du recourant avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2014 ne sont pas établis selon un degré de vraisemblance prépondérante.

### **4.3**

**4.3.1** Du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015, l'intimé a alloué au recourant à nouveau une rente entière d'invalidité en raison d'une péjoration de son état de santé au niveau lombaire, survenue le 27 mars 2015, et qui a nécessité une nouvelle opération au niveau des vertèbres L3/L4, entreprise le 19 juin 2015 (dos. AI 87, 110 et 114). L'Office AI Berne a ensuite considéré qu'après une phase de réhabilitation, une activité légère adaptée telle que décrite plus haut (c. 3.1) était à nouveau exigible dès octobre 2015. De ce fait, après comparaison des revenus tenant compte d'une diminution de rendement de 12,5% et d'une réduction statistique de 10% en raison de l'état de santé, il a prononcé une baisse de la rente entière du recourant à un quart de rente dès janvier 2016.

**4.3.2** Les avis médicaux au dossier relatifs à 2015 révèlent essentiellement ce qui suit:

- Dans son rapport du 28 juillet 2015 (dos. AI 114/8), le neurochirurgien ayant procédé à l'opération du 19 juin 2015 (qui avait déjà opéré le patient le 15 juillet 2013) estime que, du point de vue limité à la chirurgie vertébrale, son patient devrait être à même d'exercer à nouveau depuis la mi-septembre une activité professionnelle légère à moyennement lourde, avec un port de charges limité à 10 kg. Dans le même rapport, le praticien déclare toutefois ne pas s'expliquer les douleurs et les troubles ressentis par son patient au membre inférieur gauche, malgré une myélographie effectuée le 23 juillet 2015, et préconise à cet égard un examen neurologique. Dans un rapport ultérieur du 19 octobre 2015

(dos. AI 114/1), le même praticien considère que son patient est en mesure de vaquer dès maintenant à une activité légère, vraisemblablement à raison d'une capacité de travail de 100%. Il mentionne néanmoins toujours les troubles de l'assuré à la jambe gauche, dont il reconnaît ignorer la cause, et recommande derechef une investigation neurologique.

- Le 5 septembre 2015, un neurologue a adressé son rapport au généraliste traitant le recourant (dos. AI 119/6). Il retient la présence chez le patient d'un syndrome de sensibilité radiculaire et moteur à la jambe, concernant très vraisemblablement la racine L4. Il remarque que l'anamnèse et les traitements entrepris signalent un tel trouble et que l'examen électroneurographique met en évidence un processus de dénervation déjà ancien au niveau des deux muscles de la jambe. Le spécialiste estime que cette pathologie radiculaire doit se trouver en corrélation avec les modifications dégénératives du segment L3/L4 déjà opérées. Il ne s'explique par ailleurs pas les douleurs persistantes au niveau du bassin et n'a pas de recommandation thérapeutique à donner. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle.
- Dans un rapport du 10 novembre 2015 à l'attention de l'intimé (dos. AI 119/1), le généraliste traitant, synthétisant l'état de santé actuel de son patient, indique qu'en ce qui concerne la pathologie dorsale et lombaire, il ressentait toujours des douleurs au niveau de l'entier de la jambe gauche, citant les difficultés du recourant à s'asseoir dans une voiture et à conduire, et qu'outre une perte de force au niveau du membre inférieur gauche, il souffrait de dorsalgies au bas du dos. Par ailleurs, le praticien souligne qu'un nouveau diagnostic de soupçon de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite est apparu en octobre 2015 et que des investigations sur ce point doivent être entreprises, pour lesquelles il a adressé son patient à un spécialiste en orthopédie. Pour ce qui est de la capacité de travail, le généraliste déclare que le recourant n'est définitivement plus en mesure d'exercer la profession de plâtrier et déclare laisser le soin à l'AI d'évaluer une activité adaptée, mais estime pour sa part que son patient ne dispose plus d'une quelconque capacité de travail.
- Le spécialiste en orthopédie appelé à traiter l'épaule droite du recourant, dans un rapport adressé le 19 novembre 2015 au généraliste traitant

(dos. AI 123), a diagnostiqué (outre les atteintes préexistantes déjà connues) une lésion chronique étendue de la coiffe des rotateurs de l'épaule dominante droite aux niveaux subscapulaire, supra- et infraspinal ainsi que subacromial, de même que la présence d'arthrose acromio-claviculaire. Il précise que le patient souffre déjà depuis deux à trois ans de douleurs ventrolatérales au bras et à l'épaule droite, dépendant des mouvements effectués et des charges, présentes aussi la nuit, et qu'une infiltration subacromiale effectuée n'avait eu d'effets bénéfiques que pendant deux à trois jours. Le spécialiste recommande une reconstruction arthroscopique des ligaments concernés, dans la mesure où elle est encore possible, avertissant qu'une attente plus longue ne laisserait plus que l'implantation d'une prothèse comme alternative. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail du patient.

- Après avoir pris connaissance des avis médicaux recensés ci-dessus, le spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR en charge du cas du recourant, dans son rapport du 16 février 2016 (dos. AI 129 /6), considère qu'une péjoration de l'état de santé du recourant est certes survenue depuis le 19 juin 2015 en raison de la lésion de la coiffe des rotateurs à droite, et qu'il y a lieu de prendre en compte une incapacité de travail totale pendant une période de réhabilitation de trois mois, mais estime qu'après cette période, le recourant est de nouveau en mesure de travailler d'après le profil d'exigibilité établi antérieurement (voir ci-dessus c. 3.1). Il motive ses conclusions en déclarant, au vu du dossier, que d'un point de vue uniquement orthopédique concernant la problématique lombaire, une capacité de travail résiduelle au moins partielle doit être admise. En ce qui concerne l'épaule droite, il se justifie selon lui de prendre en considération des limitations pour les activités au-dessus de la ceinture scapulaire; en revanche, aucune limitation n'est à retenir pour les mouvements inférieurs à ce niveau. Il retient que, dans la mesure où l'assuré a refusé de procéder à une opération de l'épaule droite, il faut tenir compte d'une période de réhabilitation de trois mois, après laquelle une mise à contribution de l'épaule droite sans limitation de mouvement en dessous de la ceinture scapulaire doit être possible.
- Appelée à se prononcer à la suite des objections formulées par le recourant après la préorientation du 25 février 2016, une autre

spécialiste en orthopédie du SMR, dans sa prise de position du 27 mai 2016 (dos. AI 138), a confirmé les conclusions de son confrère du 16 février 2016, estimant notamment que les limitations dues à la pathologie scapulaire décrite n'avaient jamais fait l'objet d'une attestation d'incapacité de travail et qu'une évolution nettement favorable quant à l'atteinte de la colonne vertébrale lombaire était documentée jusqu'en octobre 2015, le neurochirurgien qui a traité le recourant sur ce plan ayant même attesté une capacité de travail totale dans une activité adaptée optimale.

**4.3.3** Le point de vue de l'intimé et de son SMR ne peut pas non plus être partagé en ce qui concerne l'évolution du cas du recourant dès le mois de mars 2015. En effet, comme déjà souligné ci-dessus (c. 4.2.3), les médecins du SMR n'ont jamais procédé à un examen personnel du recourant, se contentant de formuler leurs appréciations sur la simple base d'une compilation du dossier. Or, aucune des sources médicales au dossier ne permet une estimation fiable de la capacité de travail de l'assuré qui tiendrait compte de l'ensemble des atteintes à la santé subies par le recourant et de leurs conséquences globales sur sa capacité de travail. A la lecture des avis médicaux précités, on constate manifestement que chacun des spécialistes traitants s'est focalisé sur son domaine, tant pour ce qui est de l'évolution de l'atteinte à la santé concernée que pour ce qui concerne la capacité de travail du recourant. Quant au généraliste traitant, il est frappant de constater l'évolution de son évaluation de la capacité de travail de son patient. Alors qu'il paraissait encore relativement optimiste dans ses rapports de 2014 (voir ci-dessus c. 4.2.2 et 4.2.3), il ne l'est plus du tout dans son dernier rapport du 10 novembre 2015. Force est dès lors de reconnaître qu'une vue d'ensemble de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant depuis mars 2014, englobant les affections multiples subies par le recourant et leur intrication, fait défaut. On relèvera au surplus que divers avis médicaux mentionnent que le recourant, vu la longue durée de ses atteintes à la santé, souffre de dépression, atteinte dont la consistance, l'ampleur et les conséquences n'ont jamais été investiguées jusqu'à présent. A cet égard, contrairement à ce que voudrait l'intimé dans son mémoire de réponse du 19 décembre 2016, s'il est vrai que la jurisprudence fait généralement preuve de réserve

avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive, les seuls faits que le recourant n'a encore jamais consulté un spécialiste en psychiatrie et que, comme l'intimé le cite, le rapport hospitalier du 4 août 2014 (dos. AI 70) n'indique qu'accessoirement une composante dépressive, ne sauraient conduire à nier l'existence même d'une telle atteinte et d'éventuelles conséquences susceptibles d'influencer l'invalidité. D'une part, comme le relève l'intimé lui-même, le rapport hospitalier du 4 août 2014 indique bien le caractère manifeste d'une composante dépressive et, d'autre part, la jurisprudence invoquée par l'intimé sur ce point (TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 et VGE 2016/542/IV c. 3) ne permet nullement de renoncer d'emblée à toute investigation sur ce plan dans le cas particulier, dans la mesure où une atteinte dépressive est aussi évoquée par divers autres avis médicaux précités et où l'intrication des différentes affections subies par le recourant exerce à l'évidence une influence sur sa capacité de travail et sur l'évolution dans le temps de celle-ci.

Eu égard à la jurisprudence précitée (voir ci-dessus c. 2.5.3), l'estimation de la capacité de travail résiduelle et de son évolution opérée par le SMR, sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre la décision contestée, n'est dès lors pas convaincante. Il faut rappeler que l'incapacité de travail fait médicalement état des restrictions encourues par une personne dans sa profession ou son domaine d'activité usuel en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale et/ou psychique. Cette notion peut ainsi couvrir plusieurs réalités médicales, sans qu'il soit besoin de déterminer l'ampleur des restrictions propres à chacune d'entre elles. En d'autres termes, ce n'est pas une approche fragmentaire des affections concernées dont les empêchements s'additionneraient entre eux qui définit le taux d'incapacité de travail, mais une prise en compte globale des limitations induites par l'état de santé de la personne assurée. Sans autres investigations interdisciplinaires, alors même que la complexité de l'intrication des différentes atteintes subies par le recourant aurait déjà nécessité au moins un examen personnel de l'assuré, on ne saurait admettre que le spécialiste du SMR en charge du cas avait uniquement à apprécier en l'occurrence un état de fait médicalement établi. En effet, les documents recueillis au dossier auprès des médecins traitants ne revêtent pas une force probante

suffisante pour compenser l'absence d'un examen personnel (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1).

**4.4** Il découle de ces considérations que l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur la seule appréciation médicale du SMR et en ne veillant pas à clarifier les incertitudes qui se dégagent du dossier quant à l'évolution de l'état de santé du recourant dans son ensemble depuis mars 2014 et aux conséquences de cette évolution sur la capacité de travail, a violé le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA).

Dans les motifs de son recours (p. 5), le recourant est d'avis qu'il convient en l'occurrence de procéder à une expertise judiciaire ordonnée par le TA, dans la mesure où l'intimé se serait révélé incapable, en près de cinq ans de procédure, de mener une investigation complète du cas et de dresser un profil d'exigibilité crédible de son cas, et où, selon lui, un renvoi du dossier pour complément d'instruction ne ferait que déboucher sur une nouvelle longue instruction du cas par l'intimé.

Certes, selon la jurisprudence, une expertise judiciaire doit en règle générale être mise en œuvre lorsque l'instance de recours estime que l'état de fait médical (établi autrement dans la procédure administrative) nécessite une instruction spécialisée ou lorsqu'une expertise administrative ne s'avère pas probante sur un point juridiquement déterminant. L'administration de preuve correspondante intervient alors devant l'instance de recours elle-même – laquelle statue ensuite de manière réformatoire – et non par le biais d'un renvoi à l'administration. Un renvoi à l'Office AI demeure cependant possible lorsqu'il est uniquement justifié par la nécessité de clarifier une question qui n'a pas du tout été élucidée jusqu'alors. En outre, le Tribunal cantonal peut (sous l'aspect des garanties procédurales) renvoyer la cause, lorsqu'il s'agit seulement d'obtenir un éclaircissement, une précision ou un complément de résultats figurant dans une expertise (ATF 139 V 99 c. 1.1, 137 V 210 c. 4.4.1.4; SVR 2016 IV n° 4 c. 3.1). Or en l'espèce, un des points déterminants sur lequel l'administration des preuves entreprise par l'intimé demeure lacunaire est celui de la question d'une atteinte psychique dépressive et de son intrication avec les autres atteintes somatiques constatées, question qui n'a précisément jamais fait l'objet d'un examen médical psychiatrique

spécialisé. Il n'appartient dès lors pas au TA d'initier, à ce stade de la procédure, une expertise judiciaire portant sur cette question, qui n'a encore jamais été appréhendée, faute de quoi le recourant se verrait privé d'une instance de recours en cas de griefs qu'il entendrait faire valoir à l'encontre de l'évaluation psychiatrique à entreprendre en la cause. Au demeurant, s'il évoque la justification, selon lui, d'une expertise judiciaire dans les motifs de son recours, il faut souligner que dans ses conclusions, le recourant n'a toutefois pas requis une telle expertise judiciaire et, subsidiairement, a au contraire conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

**4.5** Pour ces raisons, il se justifie dès lors d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI Berne en vue d'une instruction médicale globale par le biais d'examens pluridisciplinaires qui appréhenderont, à tout le moins, les plans neurologique/neurochirurgical, orthopédique et psychiatrique concernés, et qui permettront d'obtenir une vue d'ensemble globale de toutes les atteintes à la santé subies par le recourant à différents niveaux, de leur évolution respective dans le temps et de leurs répercussions concrètes sur la capacité de travail résiduelle exigible. Ce n'est qu'après avoir procédé à cette instruction supplémentaire approfondie de la cause que l'intimé sera en mesure de se prononcer sur la justification éventuelle de révisions successives, au sens de l'art. 17 LPG, de la rente entière d'invalidité allouée au recourant et de la diminution à un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2015, puis dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il rendra alors une nouvelle décision, susceptible de recours, quant au droit à la rente du recourant.

**4.6** Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les griefs avancés par le recourant quant aux revenus sans et avec invalidité pris en compte par l'intimé dans la comparaison des revenus en vue de déterminer le degré d'invalidité.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision rendue par l'Office AI Berne le 12 octobre 2016 est annulée, dans la mesure où

elle prononce une réduction de la rente entière allouée au recourant du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 mai 2014 et du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015 à un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2015 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé en vue de procéder à l'instruction complémentaire exposée ci-dessus et de rendre une nouvelle décision.

**5.2** Les frais de la présente procédure de recours de droit administratif, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, 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. 800.- versée par le recourant lui est restituée.

**5.3** Il existe une prétention à l'indemnité de dépens selon le droit fédéral lorsque la procédure se termine par l'annulation de la décision querellée et le renvoi à l'administration en vue d'autres investigations et nouvelle décision. En effet, dans un tel cas, la situation juridique de la partie recourante s'avère plus favorable qu'à l'issue de la procédure administrative antérieure (ATF 137 V 57 c. 2.1). Le recourant étant représenté en procédure par un mandataire professionnel, il a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du 19 janvier 2017, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA, ceux-ci sont fixés à Fr. 1'944.- (honoraires: Fr. 1'750.-; débours: Fr. 50.-; TVA: Fr. 144.-) et mis à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- 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. 1'944.- (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification 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).