

200.2017.23.AI

NIG/BEJ

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

Jugement du 16 août 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, 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 16 novembre 2016

En fait:

A.

A._____, né en 1954, marié, titulaire d'un certificat d'employé d'exploitation CFF ainsi que de fonctionnaire postal, a travaillé en ces qualités depuis 1970, respectivement depuis 1981. A partir du 29 août 2002, il a connu plusieurs périodes d'incapacité de travail (dont une partielle), la plupart de quelques mois. Le 29 août 2003, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, indiquant souffrir d'une luxation et de douleurs à la hanche gauche. L'assuré a ensuite repris le travail, avant de prendre une retraite anticipée pour raisons de santé à compter du 1^{er} juin 2004. Il a dès lors retiré sa demande de prestations le 25 mars 2004.

B.

L'assuré a adressé une nouvelle demande de prestations à l'Office AI Berne le 30 août 2004, en se prévalant de la même atteinte. Après avoir bénéficié d'une orientation professionnelle, qui lui a été accordée par décision du 6 octobre 2004, il a encore accompli un stage d'observation professionnelle du 11 août 2008 au 16 janvier 2009, puis un stage d'entraînement au travail du 30 mars au 31 juillet 2009. L'assuré a enfin profité d'un reclassement, sous la forme d'une formation qui s'est terminée le 31 juillet 2011 par l'obtention d'une attestation de formation professionnelle (AFP) d'assistant de bureau. Dans une décision du 8 août 2013 confirmant une préorientation à la teneur identique rendue le 11 juin 2013, l'Office AI Berne a mis fin à l'aide au placement, en dépit des objections formulées par l'assuré le 9 juillet 2013.

Par envoi du 20 février 2015 dans lequel il a invoqué une dégradation de son état de santé, l'assuré a requis la réouverture de son dossier. Il a souligné être atteint d'un glaucome et souffrir de problèmes de dos. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants et consulté son Service médical régional

Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Selon une décision du 16 novembre 2016, l'assuré s'est vu accorder une rente entière d'invalidité, limitée du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016, nonobstant les objections qu'il avait formulées les 1^{er} juillet et 15 août 2016 contre une préorientation rendue dans le même sens le 30 mai 2016.

C.

En date du 9 janvier 2017, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a recouru contre la décision précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant à son annulation, à l'octroi des prestations découlant de l'AI et le cas échéant à ce que toute mesure d'instruction utile soit ordonnée, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment sur le plan médical, et nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 16 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant, répliquant le 13 avril 2017 dans le délai prolongé qui lui avait été accordé pour ce faire, a confirmé ses conclusions et produit une liasse de pièces justificatives. L'intimé a dupliqué le 5 mai 2017 et a maintenu ses conclusions. Le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires par courrier du 29 mai 2017.

En droit:

1.

1.1 La décision du 16 novembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie une rente entière d'invalidité, limitée du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2016 (voir art. 1^{er} "en droit" qui précise

les conclusions du recours), subsidiairement sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées l'instruction médicale du dossier, l'absence d'examen des possibilités concrètes du recourant de retrouver un emploi, ainsi que l'insuffisance de l'abattement pris en compte sur le salaire statistique retenu.

C'est le lieu de rappeler que 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, 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 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 LPGGA). 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 exigibles (art. 7 LPGGA).

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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) 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.

2.2 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). 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 LPGGA). 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 (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). 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]).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1).

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

3.

3.1 D'emblée, il convient de relever que l'octroi à l'assuré d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016 n'est pas litigieux entre les parties. Au vu du dossier, rien ne permet par ailleurs de remettre ce droit en cause. Quant à sa durée, le début du droit à la rente accordée a correctement été fixé au 1^{er} octobre 2015, puisque le recourant, durant ce mois, a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (voir c. 2.1). A cette date, la période de six mois dès la demande de prestations du 20 février 2015 était échue (art. 29 al. 1 LAI). Il est donc superflu de trancher la question de savoir si la demande de réouverture du dossier de février 2015 a véritablement ouvert une nouvelle procédure ou si ce n'est pas plutôt la procédure ouverte en 2004 qui a continué, l'intimé ayant certes mis un terme à l'aide au placement, mais ne s'étant jamais prononcé sur le droit à la rente. Rien n'indique, par ailleurs, que le versement de la rente jusqu'au 31 mars 2016 puisse être remis en question. Est en revanche à examiner la question litigieuse de savoir si l'état de santé du recourant s'est véritablement amélioré à partir de janvier 2016, de sorte que le degré d'invalidité soit tombé en dessous de 40%, ce qui conduit à la suppression de la rente après le 31 mars 2016 (voir c. 2.2 in fine), à tout le moins jusqu'à la date déterminante dans la présente procédure (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

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 la période précitée du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016.

3.2 Dans la décision contestée, l'intimé a retenu en se fiant notamment aux conclusions du SMR, que le recourant a présenté une incapacité de travail totale depuis octobre 2014, mais qu'une activité adaptée est en

revanche exigible à 100% dès janvier 2016. L'intimé entend par-là une activité légère s'exerçant en position changeante, excluant un port de charges loin du corps, des mouvements au niveau des épaules, en flexion du tronc, en position accroupie ou agenouillée, sur un échafaudage ou une échelle et limitée à des marches sur terrain plat par paliers de 500 m avec des pauses, sans utilisation répétée d'escaliers. En outre, selon l'intimé, le recourant présente une baisse de rendement de 20% en raison de troubles dégénératifs de la colonne lombaire, du fait de l'augmentation du nombre de pauses nécessaires. En appliquant la méthode générale de comparaison des revenus et en retenant un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé déterminé sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'intimé parvient à un taux d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} octobre 2015 et de 35% dès le 1^{er} janvier 2016. Dans sa réponse, l'intimé relève en particulier que l'opération qu'a subie le recourant le 16 décembre 2016 ne permet pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de ce dernier au moment du prononcé de la décision attaquée, ce d'autant plus que cette intervention n'était pas absolument nécessaire. L'intimé ajoute que le diagnostic qui a conduit à cette opération n'était pas nouveau et que la décision litigieuse en tient compte, expliquant par ailleurs qu'un abattement de 10% constitue une appréciation bienveillante à l'égard de la situation personnelle du recourant. Enfin, l'intimé déclare que le marché équilibré du travail propose suffisamment de postes compatibles avec une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, de même qu'à sa situation. L'intimé confirme son point de vue dans sa duplique du 5 mai 2017, dans laquelle il se prononce essentiellement sur les postulations effectuées vainement par le recourant.

3.3 Quant à celui-ci, il explique dans son recours du 9 janvier 2017 que l'instruction médicale est lacunaire, dans la mesure où une opération était encore prévue à la date où la décision du 16 novembre 2016 a été rendue, ce qui constituait, selon lui, un signe évident d'une péjoration de son état de santé. Il reproche à l'intimé de ne pas en avoir tenu compte dans la décision attaquée et critique également le fait que l'intimé n'a pas pris de renseignements supplémentaires auprès de son médecin traitant, bien qu'il l'ait requis dans ses objections. Il souligne aussi qu'il n'a pas retrouvé de

travail en dépit de sa récente formation d'assistant de bureau, du concours du service d'aide au placement de l'intimé ainsi que des offices régionaux de placement de l'assurance-chômage, qu'il n'a aucune expérience dans sa nouvelle branche d'activité et qu'il est âgé de 62 ans, si bien qu'il est tout bonnement irréaliste de considérer qu'il pourra retrouver un emploi sur un marché du travail équilibré, ce qu'il répète d'ailleurs dans sa réplique du 13 avril 2017 en produisant de nombreuses preuves de recherches d'emploi. Si une exigibilité de reprise d'emploi est tout de même retenue, il estime que l'abattement de 10% pris en compte par l'intimé sur le revenu de l'ESS est insuffisant au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles et il fait aussi remarquer que la décision discutée ne tient pas compte des restrictions subies en raison de ses problèmes de vue, de même que de la limite à 10 kg admise pour le port de charges, de son âge, de ses années de service comme facteur, de son éloignement du monde professionnel et de son manque d'expérience pour le travail de bureau. D'après lui, un abattement d'au moins 20% se justifie.

4.

Les éléments médicaux suivants ressortent principalement du dossier.

4.1 Dans le contexte de la première demande de prestations de l'AI du 29 août 2003 (dossier [dos.] AI 1), qui a été retirée par déclaration du 25 mars 2004 (dos. AI 15), a finalement été posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'un impingement fémoro-acétabulaire de la hanche gauche et d'un status après opération du 16 juin 2003 (luxation chirurgicale, ajustage du bord de la cotyle de la hanche, refixation du labrum, ajustage du bord dorso-caudal de la cotyle et ajustage de la tête du fémur). Une incapacité de travail totale du 15 juin 2003 jusqu'au 26 novembre 2003 était attestée et il était fait mention d'une limite de charges de 10 à 15 kg, qui devait persister (dos. AI 9/7-11 et 13). Le compte rendu du séjour en réhabilitation jusqu'au 15 juillet 2003 (dos. AI 1/11) mentionne encore que le recourant nécessite une chaise de travail spéciale comme moyen auxiliaire.

4.2 Suite à la deuxième demande de prestations du recourant du 30 août 2004 étayée par différentes atteintes à la hanche gauche (dos. AI 18/1), l'intimé a recueilli de nouveaux renseignements médicaux, qui ont confirmé les limitations dues à la hanche opérée (dos. AI 22/1, 31/1, 34/1) et ont mis en évidence également des lombalgies (dos. AI 43/2 p. ex.), ce qui a incité l'intimé (dos. AI 34/2 et 44/5 notamment) à organiser des mesures de réadaptation professionnelles dès l'été 2007 (dos. AI 45). Ces mesures ont abouti à l'obtention d'une AFP d'assistant de bureau (dos. AI 127/1) avec option aide-comptable en juillet 2011 (dos. AI 128/1). Le dossier d'aide au placement a été clos par décision du 8 août 2013 en dépit de l'échec des recherches d'emploi que l'assuré avait effectuées avec l'aide de l'assurance-chômage (dos. AI 139 et 141).

4.3 Par courrier daté du 20 février 2015, l'assuré a requis la réouverture de son dossier en annonçant deux opérations prévues et en accompagnant le formulaire de demande de prestations AI de deux rapports ophtalmologiques des 22 janvier et 4 février 2015, qui faisaient état de cataractes et d'un glaucome avancé à l'œil droit et organisaient un examen auprès d'un hôpital ophtalmique, ainsi qu'un rapport d'un spécialiste en orthopédie, qui posait un diagnostic de lombosciatalgies sur hernie discale foraminale L4/5 gauche, myélopathie TH4/5 et état après pose d'une prothèse totale de hanche à gauche en 2014 (opération que l'orthopédiste a par la suite située en 2004 [dos. AI 149, 150, comp. 150/2 avec 171 et 179]).

4.4 Dans un rapport du 29 septembre 2015, le chirurgien orthopédique qui a opéré l'assuré le 26 août 2015 (décompression L3 à L5 des deux côtés) mentionne qu'après une réhabilitation de trois mois, une capacité de travail entière serait en principe recouvrée pour des activités physiques légères, pour autant qu'elles ménagent le dos et n'impliquent ni port ou soulèvement de charges de plus de 10 kg, ni aucun travail au-dessous du niveau de l'articulation des genoux et au-dessus de la ceinture scapulaire. Le spécialiste déconseille aussi de longues heures en position assise. Selon lui, le recourant devrait donc être pleinement apte à accomplir une activité légère dès décembre 2015/janvier 2016 (dos. AI 175/2). D'après un document du 8 décembre 2015 (dos. AI 179/2), ce médecin ajoute au

diagnostic précédemment retenu: un status après décompression L3 à L5 bilatérale en août 2015. Soulignant les bons résultats de cette intervention et la stabilisation du syndrome lombo-sciatique, il relève néanmoins que la myélopathie cervicale demeure et recommande une réévaluation de la capacité de travail en janvier 2016. Dans ce rapport, l'incapacité de travail de 100% est attestée du 25 août au 31 décembre 2015.

4.5 Il ressort du dossier que l'hôpital ophtalmique, qui l'avait convoqué pour le 24 mars 2015, a opéré le recourant en urgence le même jour à l'œil droit (neuropathie optique glocaumateuse relativement avancée; dos. AI 169/1, 2 et 5). Un rapport médical de l'hôpital ophtalmique du 23 décembre 2015 a encore été versé au dossier (dos. AI 180/2). Retenant le diagnostic (avec répercussion sur la capacité de travail) d'un glaucome pseudo-exfoliatif, ce document mentionne que l'état du recourant est stationnaire mais qu'une réduction importante du champ visuel avec un déficit arciforme supérieur et inférieur de l'œil droit persiste depuis le mois de juillet 2015, sans possibilité d'amélioration. Le recourant présente, selon ce document, une gêne au niveau du champ visuel de l'œil droit lorsqu'il y a une occlusion de l'œil gauche. Il est encore fait mention d'une cataracte débutante.

4.6 En se basant sur les éléments qui précèdent, encore complétés par les données IRM des 6 et 7 octobre 2014 fournies par une neurologue consultée à l'époque (dos. AI 184/5-10), le SMR, par le biais d'un spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, a établi un rapport daté du 29 mars 2016 (dos. AI 185/1), dans lequel il a retenu le diagnostic suivant, avec influence sur la capacité de travail: un canal lombaire étroit L3/4, L4/5 ainsi que modérément en L2/3, une hernie discale L4/5 à gauche avec une lombo-ischialgie, de même qu'un status après une décompression bilatérale L3 à 5 en août 2015. N'a en revanche pas d'influence sur la capacité de travail selon le SMR un glaucome pseudo-exfoliatif, un status après phaco-trabéculotomie le 24 mars 2015, une cataracte débutante et un impingement de la hanche de type CAM à gauche, un status après luxation chirurgicale, limage de la bordure de la cotyle, fixation du labrum, amélioration de la transition entre la tête et le col fémoral le 16 juin 2003, ainsi qu'après une infiltration le 29 juin 2006

(dos. AI 185/1, voir aussi dos. AI 181/1). Sur la base des données IRM précitées, le SMR élève en outre plusieurs remarques. Premièrement, il souligne que le rapport d'IRM ne fait pas état de myélopathie aux niveaux cervical et dorsal, ajoute que les protrusions discales n'irritent pas les structures neurologiques et qu'il n'existe aucun élément objectif permettant de retenir cliniquement un diagnostic de myélopathie dorsale. Aussi, le SMR mentionne que le canal lombaire étroit n'est pas établi au niveau L5/S1G par le radiologue et indique encore qu'il n'y a pas d'évidence d'une hernie ou d'une sténose significative avec effet compressif. Le SMR conclut qu'une activité légère (voir c. 3.2) s'exerçant en position changeante est exigible à 100% (une baisse de rendement de 20% étant toutefois à retenir en raison des troubles dégénératifs dans la colonne lombaire), ce dès le mois d'octobre 2014, mais rappelle qu'il existe des périodes d'incapacité de travail complètes de mars à mai ainsi que d'août à décembre 2015.

5.

5.1 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; arrêt du Tribunal fédéral [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, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne

assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.2 En l'espèce, il faut d'emblée relever, sur un plan formel, que le SMR a délivré son rapport de synthèse sans que l'intimé ait recueilli un nouvel avis de la neurologue du recourant. Dans son écrit du 2 février 2016 (dos. AI 181/1 s.), le SMR lui-même avait pourtant indiqué qu'il avait besoin d'un rapport de cette spécialiste avant de pouvoir déterminer un profil d'exigibilité. Or, après que celle-ci eut répondu qu'elle ne pouvait pas se prononcer, dès lors qu'elle n'avait plus vu le recourant depuis le 14 novembre 2015 (dos. AI 182/1), il a simplement été renoncé à obtenir davantage de précisions. De plus, comme le recourant le fait aussi remarquer (voir art. 3 du recours et dos. AI 192/1), son spécialiste en chirurgie orthopédique avait mentionné, dans son dernier rapport du 8 décembre 2015, qu'il convenait de réévaluer la "potentielle" capacité de travail du recourant en janvier 2016 (dos. AI 179/2, voir également c. 4.4 in fine). Le SMR a toutefois pris ses conclusions à la fin du mois de mars 2016 sur la base du dossier, sans qu'une telle réévaluation ne soit menée. Ce procédé apparaît d'autant plus discutable qu'il ressort de la documentation produite qu'une opération était prévue (et a eu lieu) le 14 décembre 2016 (dos. AI 195/24; décompression et stabilisation L4/S1; voir aussi pièce justificative du recourant [PJ] 3), un formulaire ayant été signé à cette fin par le recourant le 5 novembre 2016, peu avant le prononcé de la décision attaquée (dos. AI 153/3: première opération du dos effectuée en août 2015 après celle de l'œil). Le chirurgien orthopédique du recourant a en outre indiqué, dans ses explications pré-opératoires, que

l'état du recourant (arthrose avec instabilité L4 - 5 et L5 - S1) allait lentement empirer sans l'intervention et qu'un rétablissement d'environ six mois serait ensuite nécessaire (dos. AI 195/25). Bien qu'il ne semble pas que cette dernière ait été incontournable (comme le relève aussi l'intimé en p. 3 § 2 de sa réponse du 16 février 2017; voir aussi dos. AI 195/27), cette intervention décidée à début novembre 2015 tend néanmoins à remettre en question le pronostic post-opératoire émis par le chirurgien à la fin 2015 (voir c. 4.4). La réalisation d'une telle démarche (du reste proposée quelques mois seulement après la décompression réalisée le 26 août 2015, voir dos. AI 173/2 et 175/2) contraste en effet par rapport aux dernières conclusions de ce spécialiste, qui mentionnait notamment, dans son rapport du 8 décembre 2015, une réduction significative des douleurs et une stabilisation de la situation, s'agissant de la lombo-ischialgie. Ce médecin avait d'ailleurs aussi précisé que la situation était difficilement appréciable d'un point de vue orthopédique (dos. AI 179/9), ce qui rend d'autant plus crédible la thèse d'une aggravation de la situation, susceptible d'avoir prolongé l'incapacité de travail post-opératoire ou d'en avoir provoqué une nouvelle de décembre 2015 à la date de la décision attaquée, ceci même en tenant compte du fait qu'une détérioration ne pourrait avoir un impact sur le droit à la rente qu'après une durée de trois mois (art. 88a al. 2 RAI). Il convient aussi de constater, toujours sur le plan formel, que le rapport du SMR sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision litigieuse perd d'autant plus de fiabilité lorsqu'il s'éloigne de la synthèse d'éléments établis au dossier pour arriver à des déductions complémentaires, qu'il a été rédigé par un spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, mais pas en chirurgie orthopédique, ni en neurologie ou en ophtalmologie.

5.3 D'un point de vue matériel, le caractère probant du rapport du SMR laisse aussi à désirer. Il apparaît d'abord qu'il exclut, sans explication (selon le schéma proposé initialement par les questions de l'intimé; dos. AI 181/2), que le glaucome puisse avoir une influence sur la capacité de travail du recourant, contrairement au rapport de l'hôpital ophtalmique du 23 décembre 2015 (dos. AI 180/2) et bien que ce dernier fasse mention de limitations fonctionnelles en lien avec cette affection (voir aussi dos. AI 169/2). De surcroît, il n'en est pas tenu compte non plus dans le profil

d'exigibilité (alors que le questionnaire de l'intimé en réservait la possibilité). En effet, la baisse de rendement admise par le SMR n'est motivée que par le besoin accru de pauses résultant des problèmes de dos (dos. AI 185/3 ch. 1, let. b, phr. 2). Il est également surprenant que le SMR n'ait pas cherché à lever l'incertitude (mentionnée déjà dans le questionnaire de l'intimé) quant au point de savoir si oui ou non, après l'opération de 2003, le recourant s'est vu poser une prothèse à la hanche gauche, par exemple en 2004 comme le suggèrent les diagnostics établis par le chirurgien orthopédiste (on peut aussi noter qu'à tout le moins l'année 2004 mentionnée par le SMR pour l'opération dont on est sûr, en relation avec le profil d'exigibilité, est erronée; voir c. 4.1). Par ailleurs, les imprécisions énumérées dans le questionnaire initial de l'intimé s'agissant du diagnostic de myélopathie censé influencer la capacité de travail n'ont en rien été élucidées. Hormis le fait que l'interniste et rhumatologue du SMR a finalement élaboré ses réponses sur la base d'une documentation neurologique datant de 2014, dont on ignore si elle vaut encore (voir c. 5.2), il faut constater que le rapport radiologique du 6 octobre 2014, qui précise toutefois qu'il procède d'une mauvaise qualité d'image (dos. AI 184/10), exclut tout signe de myélopathie aussi bien cervicale que thoracique (en allemand: Halswirbelsäule [HWS] et Brustwirbelsäule [BWS]). Pourtant, la neurologue, dans son rapport du 14 novembre 2014, a fondé son diagnostic de douleurs lombo-sacrées à la hanche gauche sur une myélopathie TH4/5 et deux diagnostics différentiels qu'elle entendait investiguer, notamment en appréciant les effets d'une infiltration à pratiquer par le chirurgien orthopédiste. Ce dernier, dans ses propres diagnostics postérieurs (voir c. 4.3) a aussi cité cette myélopathie TH4/5 et, dans son dernier rapport du 8 décembre 2015, il fait aussi état d'une myélopathie cervicale (voir c. 4.4). Si on admet que "dorsal" équivaut à "thoracique" (voir MARCEL GARNIER et al., *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 2004, p. 250, ad "dorsal"), les conclusions du SMR excluant toute myélopathie cervicale ou dorsale en fonction du rapport de radiologie du 6 octobre 2014, résultant d'une imagerie de mauvaise qualité contredite par les diagnostics postérieurs de la neurologue et du chirurgien orthopédiste, ne convainquent dès lors pas. On peut raisonnablement penser que depuis le 6 octobre 2014, d'autres investigations plus fiables ont été menées qui

expliquent le diagnostic de myélopathie TH4/5 posé depuis le 14 novembre 2014.

5.4 Par conséquent, il apparaît que le SMR ne pouvait pas, dans les circonstances d'espèce, se contenter des documents médicaux figurant au dossier, quand bien même il les avait déjà fait compléter, pour réaliser sa synthèse et établir un profil d'exigibilité valable jusqu'à la décision attaquée. D'une part, le chirurgien traitant du recourant ayant pratiqué l'opération du 26 août 2015 avait expressément réservé, le 8 décembre 2015, son évaluation de la capacité de travail en janvier 2016. Le SMR ne pouvait ainsi se limiter à prendre en compte le pronostic post-opératoire de ce spécialiste, déjà remis en doute le 8 décembre 2015. D'autre part, malgré les compléments demandés, le volet neurologique du dossier médical demeurait obsolète et ne permettait pas de lever plusieurs incertitudes et contradictions. Il en résulte que l'auteur du rapport du SMR s'est écarté des conclusions des spécialistes en se fondant sur des bases médicales incertaines (TF 8C_206/2017 du 9 juin 2017 c. 4.3) et ce, sans examiner l'assuré et sans posséder lui-même les qualifications médicales dans les domaines concernés. Dans ces conditions, le rapport de synthèse et d'évaluation du SMR ne remplit pas les conditions strictes exigées par la jurisprudence pour revêtir un caractère probant (voir c. 5.1).

6.

6.1 Il résulte de ce qui précède que l'intimé n'a pas instruit à suffisance la situation globale médicale du recourant avant de rendre la décision attaquée. L'appréciation du SMR ne peut en effet servir de base médico-théorique fiable pour l'évaluation de la capacité de travail et de gain (invalidité) du recourant pour la période couverte par l'objet de la contestation. En se prononçant, en dépit de cet état lacunaire du dossier, l'intimé a par conséquent violé le principe inquisitoire (voir c. 2.5).

6.2 Cela étant, la décision doit être annulée dans la mesure où elle nie le droit à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2016 et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire (en particulier en consultant une nouvelle fois le chirurgien orthopédique du recourant et

en actualisant aussi, pour le moins, les volets neurologique et ophtalmologique). En possession de bases médicales solides, l'intimé procédera à un nouveau calcul du degré d'invalidité à compter de cette date, en fonction de l'exigibilité professionnelle pouvant encore être attendue du recourant et pour nouvelle décision. Vu ce résultat, nul n'est besoin d'examiner à ce stade les autres griefs soulevés par ce dernier (voir art. 4 et 5 du recours).

6.3 Les frais de la procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

6.4 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant des prestations AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 132 V 215 c. 6.2). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 29 mai 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 en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site www.justice.be.ch/ta → Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'714.80 (honoraires de Fr. 1'358.50, débours de Fr. 229.30 et TVA de Fr. 127.-).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle nie tout droit à une rente à partir du 1^{er} avril 2016. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'714.80 à titre de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à [...].

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).