

200.2017.892.AI
N° AVS
BCE/REN

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

Jugement du 20 mars 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 7 septembre 2017



En fait:

A.

A. _____, né en 1958, est marié et père de deux enfants majeurs. Sans formation professionnelle certifiée, il a travaillé en Suisse dès 1980, auprès de différentes entreprises, souvent dans le bâtiment, comme ouvrier ou machiniste (voir extrait de son compte individuel [CI] des revenus soumis à cotisations sociales).

Une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) a été déposée le 13 octobre 2006 par l'assuré auprès de l'Office AI Berne, en faisant valoir un traumatisme au poignet gauche, existant depuis le 25 novembre 2005 et pris en charge à titre d'accident par la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Après instruction et mise en œuvre de mesures professionnelles, par décision du 19 février 2009, l'Office AI Berne, constatant un degré d'invalidité de 14%, a rejeté la demande de rente. Cette décision n'a pas été remise en cause. Par décision du 10 août 2009, la Suva, quant à elle, a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5% ainsi qu'une rente d'invalidité de 11% au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20). Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 29 octobre 2009, qui n'a pas non plus été contestée.

B.

La Suva, par courrier du 13 juillet reçu le 15 juillet 2015, a déposé une seconde demande de prestations au nom de l'assuré auprès de l'Office AI Berne. Cette demande faisait du reste suite à un formulaire de détection précoce complété le 29 mai 2015 par l'employeur de l'époque, en se référant à un accident survenu le 25 mars 2015 pris en charge par la Suva. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, dont la production du dossier de la Suva relatif à l'accident précité. Il a également recueilli des renseignements professionnels, auprès de l'employeur, et médicaux, auprès de médecins et institutions ayant soigné ou soignant

encore l'assuré ainsi qu'après de son Service médical régional (SMR). L'Office AI Berne a mis fin à son intention d'organiser des mesures professionnelles par décision du 13 mai 2016 et a informé l'assuré, par préorientation du 17 février 2017, qu'il entendait rejeter sa demande de rente en fonction d'un degré d'invalidité de 35%. Les observations du 3 mars 2017 formulées par l'intéressé, par l'intermédiaire de son mandataire, ont été écartées par décision du 7 septembre 2017 sur la base d'un nouveau rapport médical du SMR.

C.

Par acte du 9 octobre 2017, l'assuré, toujours représenté par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 7 septembre 2017 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité d'au moins un quart de rente. Subsidiairement et sous les mêmes suites relatives aux frais et dépens, il a conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouveau calcul du degré d'invalidité. Dans sa prise de position du 20 novembre 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Par réplique du 15 janvier 2018 et duplique du 6 février 2018, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Le 22 février 2018, le représentant du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 7 septembre 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite d'une nouvelle demande. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi

d'au moins un quart de rente d'invalidité et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués, l'appréciation médicale établie par l'intimé (en particulier la valeur probante des rapports du SMR) et, dans calcul du taux d'invalidité, les revenus avec et sans invalidité retenus.

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

2.

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

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être

rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative 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 (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

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). Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient, de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

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 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

2.5 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; SVR 2017 UV n° 20 c. 3.2).

3.

3.1 L'Office AI Berne dans sa décision, les arguments présentés en procédure d'opposition n'apportant à ses yeux rien de déterminant, continue à se fonder sur l'appréciation selon laquelle son SMR estime qu'une activité adaptée, conforme au profil de restrictions décrit, couvrant aussi l'atteinte au poignet et l'obésité, est exigible à 100%, avec 20% de diminution de rendement, depuis déjà avant la fin du délai d'attente. Il arrive

ainsi, selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en consentant un abattement supplémentaire de 10%, à un taux d'invalidité de 35% trop bas pour l'octroi d'une rente. Dans sa réponse au recours, l'intimé insiste sur le profil d'exigibilité formulé en fonction d'une stabilisation dans le pire état possible, que le SMR a scrupuleusement défini mais que le recourant ne prend pas entièrement en considération. Il défend le caractère probant de l'avis du SMR qui, en particulier, s'est appuyé sur l'ensemble des avis médicaux au dossier. Il refuse l'idée d'une exclusion d'exigibilité ou d'un abattement plus conséquent en fonction de critères subjectifs, notamment de l'âge du recourant. Il répète que les documents médicaux produits par le recourant n'apportent pas d'indice d'éléments nouveaux remettant en question l'estimation du SMR et rappelle la faculté d'introduire une nouvelle demande en cas de survenance de tels facteurs. Par sa duplique, l'intimé maintient ses prises de position en ajoutant certaines précisions concernant les limites du principe inquisitoire, le caractère non invalidant en soi de l'obésité, l'influence toute relative de l'âge déterminant correct sur le profil d'exigibilité ainsi que l'abattement, l'indépendance des assureurs AI et accidents dans leur évaluation respective de l'invalidité, le caractère psychosocial - hors assurance - des conséquences d'un refus de prestations et la justification de son évaluation du revenu sans invalidité.

3.2 Le recourant fonde les conclusions de son recours, visant l'octroi d'au moins un quart de rente ou, en tout cas, le renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sur les lacunes de l'appréciation du SMR. Celle-ci selon lui, est inconsistante par rapport aux avis contraires des autres médecins parce qu'elle ne tient compte ni du handicap du poignet, ni de l'obésité, qui tend à s'aggraver, ni de la situation médicale complexe non encore stabilisée. Il conteste aussi toute exigibilité d'exploitation de sa capacité résiduelle de travail du fait notamment de son âge et son défaut de formation et s'en prend également aux données choisies pour l'évaluation de ses revenus sans et avec invalidité. Dans sa réplique, il insiste sur la violation du devoir d'instruction et la mauvaise foi de l'intimé lorsque ce dernier prétend que l'autre partie n'apporte pas d'éléments nouveaux et que lui se contente d'avis non aboutis de son SMR. Il critique le choix des griefs que discute l'intimé, maintient la pertinence de la problématique de l'âge et de celle du handicap au poignet

gauche, qui est écartée par une argumentation fluctuante et incohérente, rejette l'affirmation selon laquelle la situation n'est pas susceptible de changer dans les trois prochains mois et met en évidence les conséquences d'un refus de prestations sur une personnalité fragilisée. Il relève en outre l'absence de détermination de l'intimé quant à l'estimation du revenu sans invalidité au vu des fluctuations auxquelles étaient soumises les dernières années de salaire.

4. Concernant l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 131 V 242 c. 1, 130 V 138 c. 2.1), les éléments suivants ressortent en particulier du dossier.

4.1 La décision du 19 février 2009 par laquelle l'intimé niait le droit du recourant à une rente d'invalidité, se fondait principalement sur les documents du dossier de la Suva. A la suite de l'annonce d'une atteinte accidentelle à un poignet survenue le 29 (recte: 25) novembre 2005, avaient été évoquées, sous réserve d'un diagnostic différentiel, des altérations kystiques du scaphoïde et de l'articulation radio-naviculaire avec forte suspicion d'un état après fracture du scaphoïde et troubles circulatoires à gauche (dos. AI 9/6). Après deux interventions chirurgicales en mars 2006 et avril 2007 (dos. AI 33/8), des tentatives de reprise du travail et de réadaptation professionnelle, une invalidité de 14% avait été fixées par l'Office AI Berne en se fondant sur un profil excluant certes la dernière activité d'ouvrier de production dans un tréfilerie, mais reconnaissant une exigibilité de 100% dans un travail léger, en position assise et debout ne sollicitant pas la main gauche et ne demandant pas de port de charges supérieures à 5 kg (dos. AI 68/1). Le profil (également à plein temps et sans perte de rendement) mentionné par la Suva à la base de son estimation d'une invalidité de 11% précisait que l'activité professionnelle légère ne devait pas comporter de préhension en force ni manipulation de précision, permettant d'éviter les sollicitations rapides et fréquentes en extension/flexion ou pro/supination (dos. AI 71/4).

4.2

4.2.1 Dans le cadre de l'instruction matérielle de la nouvelle demande de l'assuré du 20 juillet 2015, l'Office AI Berne a notamment requis la production du dossier de la Suva relatif à l'accident du 25 mars 2015 (alors que le recourant avait été engagé depuis le 1^{er} octobre 2010 comme chauffeur-machiniste-manœuvre et qu'il se trouvait aux abords d'une pelle mécanique sur un chantier, une fausse manipulation de celle-ci a plaqué la jambe gauche du recourant contre une benne; dos. AI 82.5/2). Le rapport de sortie de l'hôpital régional ayant accueilli le recourant dès son accident et jusqu'au 3 avril 2015, mentionne un diagnostic de perte importante de substance post-traumatique au niveau du creux poplité gauche avec lacération du tendon du muscle semi-membraneux (dos. AI 82.3/42). Le rapport de sortie de la clinique de chirurgie générale du centre hospitalier dans lequel le recourant a ensuite été transféré (plus près de son domicile) fait état d'une nécrose cutanée proximale et distale de la plaie selon Thiersch à gauche, une perte importante de substance post-traumatique au niveau du creux poplité gauche, une anémie normochrome normocytaire, une hépatopathie d'étiologie inconnue ainsi qu'une dépression réactionnelle (dos. AI 82.3/30-33). Le recourant a ensuite été soigné dans un hôpital universitaire du 11 mai au 8 juin 2015. Le rapport de sortie reprend les principaux diagnostics établis précédemment par le centre hospitalier et prolonge l'incapacité de travail complète jusqu'au 12 juillet 2015.

4.2.2 En se basant sur les rapports et certificats médicaux émanant des trois établissements hospitaliers dans lesquels le recourant avait séjourné, puis avoir été suivi à la suite de l'accident, le SMR, par le biais d'un spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, a fourni une première appréciation médicale datée du 21 juin 2016. Y est retenu un diagnostic avec influence sur la capacité de travail, de contusions et lacérations au niveau du creux poplité gauche avec défaut cutané (code AI 921). Sous ce même diagnostic, des complications ont été répertoriées, à savoir une anémie normochrome normocytaire, une dépression réactionnelle (traitement avec Trittico), une anomalie de l'artère surale révélée par angiographie du membre inférieur gauche du 8 mai 2015, une

synovite du genou gauche avec épanchement, des douleurs avec mise en place d'une pompe à morphine, une névrose cutanée proximale et distale (par rapport au Thiersch) et une contracture du genou gauche. En revanche, le médecin du SMR estime que les diagnostics d'augmentation des gamma-GT d'origine indéterminée ainsi que le problème de la main gauche avec conflit radio-carpien n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant. Le médecin du SMR rappelle le profil défini à la base de la précédente décision AI mais ne l'estime pas incapacitant parce que l'assuré ne l'a pas fait valoir dans sa nouvelle demande.

4.2.3 Dans le rapport de sortie du 26 août 2015 d'une clinique de réadaptation de la Suva dans laquelle le recourant a séjourné du 15 juillet au 19 août 2015, il est également posé le diagnostic de perte importante de substance post-traumatique au niveau du creux poplité gauche. De plus, une thrombocytose d'étiologie inconnue est mentionnée à titre de diagnostic supplémentaire. En substance, les médecins expliquent que l'attitude méfiante et parfois agressive du recourant envers le personnel médical de la clinique ainsi que son manque d'intérêt vis-à-vis des propositions qui lui ont été faites pour améliorer ses conditions de vie au quotidien, ont rendu le séjour de l'assuré difficile. De leur avis, il en va de même de sa difficulté à intégrer les groupes de thérapie. A la fin du séjour au centre de réhabilitation, ils ne constatent qu'une amélioration de la mobilité (tant quantitative que qualitative) du genou droit, encore douloureux. En revanche, ils décrivent que les douleurs, la capacité de charge ainsi que les performances physiques n'ont que peu évolué favorablement en ce qui concerne la jambe gauche accidentée (mobilité seulement avec au moins une béquille et limitation de mouvement du genou et de la cheville). S'agissant de la capacité de travail du recourant, les médecins excluent en l'état la reprise du dernier emploi et ne peuvent se prononcer sur les activités raisonnablement exigibles dans la mesure où, au moment de la rédaction du rapport de sortie, le recourant se trouve encore en traitement médical. Ils continuent par conséquent d'attester une incapacité de travail complète depuis le 20 août 2015.

4.2.4 Le rapport médical du SMR, daté du 10 août 2016, complète le précédent, suite à la production au dossier du rapport de sortie du centre

de réhabilitation (voir c. 4.2.3). Le spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR atteste une incapacité de travail complète dans les activités de machiniste et de chauffeur et souligne que l'attitude négative et parfois agressive du recourant se traduit par une progression limitée dans le trophisme musculaire eu égard à la durée du séjour en clinique de réhabilitation. Selon le médecin, une activité légère s'exerçant essentiellement en position assise/semi-assise est exigible à 100% avec une limitation de rendement de 20% en termes de nombre de pauses augmenté pour soulager le membre inférieur gauche en souffrance qui ne peut se plier qu'à 50° mais avec une extension complète possible. Pour le spécialiste, le port de charges, les activités en flexion du tronc, en position agenouillée ou accroupie, les activités sur échelle ou échafaudage, la marche en terrain instable ou encore la marche dans les escaliers ne sont pas exigibles. Ce profil est valable, selon le médecin, depuis la sortie de la clinique de réadaptation, soit août 2015. Le médecin demande une actualisation des données médicales pour être à même de juger si l'assuré a changé d'attitude et s'il a récupéré une capacité de travail dans ses dernières activités.

4.2.5 Le médecin traitant du recourant, dans un rapport médical du 9 octobre 2016, pose les diagnostics de graves séquelles motrices d'un traumatisme du genou gauche et d'obésité. Pour d'autres diagnostics, le médecin renvoie à ses rapports de 2007 (concernant le poignet). Selon lui, l'activité exercée jusqu'à l'accident par le recourant n'est plus exigible dans la situation actuelle. Il ajoute que le rendement est réduit en raison du développement d'une obésité et qu'un excès d'alcool n'est pas exclu. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail ne sont pas envisageables pour le médecin traitant. Par ailleurs, ce dernier estime que la majorité des travaux mentionnés dans le formulaire pour la réadaptation professionnelle/rente n'est pas exigible.

4.2.6 Invité par l'intimé à se positionner suite à l'obtention de nouveaux rapports médicaux, notamment l'avis médical du médecin traitant (c. 4.2.5), le rapport de sortie d'une clinique de chirurgie orthopédique et traumatologie et le rapport opératoire y relatif en raison d'une nouvelle arthroscopie pour débridement cicatriciel et mobilisation du genou gauche

sans déficit d'extension avec flexion à 60° le 19 septembre 2016 (dos. AI 111/2), le spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie du SMR a pris position dans une appréciation du 14 janvier 2017. Le spécialiste estime que les activités habituelles (machiniste/chauffeur) demeurent non exigibles mais que le profil d'exigibilité défini le 10 août 2016 est toujours d'actualité, dans la mesure où le status du membre inférieur gauche de l'assuré n'a que peu changé. Pour le surplus, il souligne que la dernière opération a permis d'améliorer de 10° la flexion du genou et d'atteindre une extension complète. Ainsi, le spécialiste propose de demander un rapport d'évolution en orthopédie en septembre 2017 afin de contrôler l'extension du genou puisqu'une extension non déficitaire et une correction de l'hypomyotrophie permettront, de l'avis du spécialiste, d'étendre l'exigibilité.

4.2.7 Le même spécialiste du SMR a pris une nouvelle fois position dans un rapport du 17 juillet 2017 sur demande de l'intimé à la suite du dépôt du recours devant le TA. En réponse au grief du recourant selon lequel ses troubles au niveau du poignet gauche n'auraient pas été pris en compte, le spécialiste indique que ces troubles ont été intégrés dans le profil d'exigibilité, au même titre que l'obésité, et que les limitations imposées par le genou et celles imposées par la main en termes médicaux ne s'additionnent pas mais se superposent. Il explique que le profil d'exigibilité dans une activité adaptée intègre pleinement cette problématique lorsqu'il définit que l'intéressé ne peut travailler qu'en position assise/semi-assise et qu'il ne peut porter ou transporter aucune charge, épargnant de fait la main gauche. Il ajoute avoir restreint de 20% le rendement, offrant ainsi au recourant chaque heure une pause de 12 minutes. Par ailleurs, le médecin renonce à modifier le profil datant de janvier 2017 car ce dernier doit être considéré comme un minima: le spécialiste expose que la situation médicale ne peut évoluer que favorablement ou, dans le pire des cas, rester identique.

5.

En présence d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle un office AI est entré en matière, l'analyse juridique s'effectue en deux stades, également pour le juge, dans l'hypothèse d'un recours (analyse analogue aux cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA; 117 V 198 c. 3a; SVR 2011 IV n°2 c. 3.2 et 2008 IV n°35 c. 2.1). En l'espèce, vu l'accident survenu le 25 mars 2015 et les séquelles qui en résultent, la comparaison de la situation telle qu'elle se présentait lors de la dernière décision du 19 février 2009 (dans laquelle un examen matériel du droit à la rente avait été effectué) et l'état au 7 septembre 2017, date de la décision attaquée relative à la nouvelle demande (premier stade du raisonnement; ATF 133 V 108 c. 5.3) aboutit au constat évident d'une modification notable. Il convient donc, à l'instar de ce qu'a fait l'Office AI Berne, de passer au second stade du raisonnement, à savoir un examen complet des faits et du droit, en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2017 IV n° 40 c. 5.2.2).

6.

6.1 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]) 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, 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 LPG (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).

6.2 En l'occurrence, du point de vue strictement formel, les quatre rapports du SMR des 21 juin 2016, 10 août 2016, 14 janvier 2017 et 17 juillet 2017 intègrent les diagnostics somatiques posés par les différents médecins du recourant, de même que les répercussions fonctionnelles théoriques qui en découlent. En outre, toujours formellement, puisque les évaluations médicales des conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail ne font figure que de propositions pour fixer l'exigibilité au sens du droit de l'AI (voir c. 2.3), les contradictions existant entre les médecins traitants et la synthèse du SMR sur ces évaluations ne suffisent pas en soi à priver l'avis de ce dernier de toute valeur.

Les griefs du recourant ne se limitent toutefois pas à la contestation formelle de la synthèse du SMR, mais portent aussi sur ses aspects matériels (voir c. 3.2). Dans ce contexte, l'examen du TA doit couvrir toute la période faisant l'objet de la contestation. L'incapacité de travail (par rapport à l'emploi de chauffeur-machiniste-manœuvre de chantier) date du 25 mars 2015 et la demande de prestations a été déposée en juillet 2015. Un droit à la rente pourrait donc naître au plus tôt en mars 2016, à

l'échéance du délai d'attente (voir c. 2.2 et art. 29 al. 1 LAI fixant la naissance du droit au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations).

6.2.1 Le recourant prétend que, déjà en soi, l'appréciation du SMR est lacunaire car le profil qui en résulte ne tient pas compte du handicap au poignet et à la main gauches qui avait donné lieu à la première procédure AI. Le médecin du SMR a mentionné ce diagnostic affectant le membre supérieur gauche et rappelé les restrictions fonctionnelles qui en résultaient dans tous ses rapports. Dans les trois premiers, il a toutefois exclu une quelconque influence de cette atteinte sur la capacité de travail au motif que l'assuré ne l'avait plus fait valoir dans sa deuxième demande de prestations. Ce n'est qu'après le recours, dans sa dernière synthèse, que le médecin du SMR a expliqué que les limitations liées à l'atteinte du conflit radio-carpien, si elles devaient être examinées d'office par l'AI, n'auraient aucune influence supplémentaire par rapport au profil défini suite à l'accident de 2015 qui exclut le port de toute charge et qui permet de ménager des pauses dans l'ampleur de la perte de rendement de 20%.

Comme l'invoque le recourant, il s'avère en effet que la position défendue par le SMR (et l'intimé) n'est pas entièrement convaincante. Il est vrai que le fait que recourant a réussi à travailler pendant environ cinq ans comme chauffeur-machiniste-mancœuvre sur des chantiers démontre que l'atteinte au poignet gauche ne le limitait pas de façon générale même pour des activités requérant les deux mains et une certaine force. Toutefois, il a échappé au médecin du SMR que le handicap avait quand même été indiqué dans la deuxième demande AI par référence aux prestations précédemment servies par cette assurance et à la rente versée par la Suva. De plus, le généraliste traitant a aussi renvoyé à ses rapports de 2007 concernant le poignet dans son appréciation du 9 octobre 2016. Enfin, si les restrictions découlant de l'accident à la jambe ne sont pas compatibles avec le port de charges, ce qui vaut aussi pour le poignet, elles ne limitent pas pour autant les activités en préhension de force (par exemple à hauteur de table), les manipulations de précision ou les sollicitations rapides et fréquentes en extension et flexion de la main gauche (voir c. 4.1). Bien plus, la capacité d'exercer de telles tâches avec

les deux mains du fait que le recourant ne dispose plus que d'une mobilité réduite à cause de sa jambe revêt d'autant plus d'importance sur le marché de travail. Contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il n'est donc pas possible de considérer que le profil d'exigibilité (même minimum) découlant de l'accident de 2015 intègre entièrement les handicaps qui avaient donné lieu à la première procédure AI et que la Suva indemnise par une rente de 11%.

6.2.2 S'agissant du grief du recourant relatif à une obésité croissante, quand bien même un tel état ne constitue pas en soi une invalidité (duplique p. 3, TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009, c. 2.3), force est cependant de préciser qu'une invalidité doit toutefois être admise, selon la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009, c. 2.3). Or, le médecin du SMR, qui a également signalé, dans toutes ses synthèses, ce diagnostic émanant du généraliste traitant, a lui-même requis, dans celle du 14 janvier 2017 (procédure d'opposition), des informations actualisées relatives à la prise de poids en exposant qu'elle pourrait jouer un rôle négatif sur le pronostic du genou gauche pour lequel la dernière arthroscopie montrait des lésions cartilagineuses. Dans son dernier rapport, sans avoir obtenu les renseignements demandés, il a, comme il l'avait fait pour le poignet, écarté l'influence que ce surpoids pourrait causer en s'appuyant sur le profil déjà établi "a minima" et la diminution de rendement concédée. Certes, le surpoids ne pourrait que difficilement justifier d'autres restrictions que celles prises en compte de par les atteintes à la jambe gauche. Il pourrait cependant encore entraver même la position assise et nécessiter plus de pauses ou d'autres spécificités du poste de travail. La réponse du médecin du SMR voulant que l'obésité du recourant soit couverte par le profil d'exigibilité déjà défini, sans qu'un examen de l'évolution de la prise de poids ait été effectué au préalable, ne convainc donc pas non plus entièrement.

6.2.3 Le recourant met également en exergue les divergences entre l'appréciation d'une capacité de travail entière (avec perte de rendement de 20%) par le SMR et les constats résultant des autres intervenants médicaux au dossier. Sur le plan matériel (pour l'aspect formel: voir c. 6.2), il faut d'emblée relever, comme le souligne aussi le recourant, que dans les documents médicaux à disposition ne figure pas d'autre appréciation médico-théorique de la capacité de travail résiduelle de l'assuré autre que celle du SMR. Les médecins hospitaliers se sont contentés de certifier des incapacités de travail prévisibles, probablement en fonction du dernier emploi, et à relativement court terme. Les médecins de la clinique de réadaptation de la Suva ont renoncé à envisager un profil d'exigibilité eu égard la phase de soins dans laquelle se trouvait encore l'assuré. Le généraliste traitant a bien communiqué un pronostic négatif au sujet de la reprise à tout le moins de l'ancien emploi, selon l'état encore constaté en octobre 2016. Il n'a cependant guère détaillé les bases médicales objectives de son appréciation (amyotrophie de la cuisse, limitation de la flexion du genou, "impossibilité de travailler sur un chantier avec des cannes") et a renvoyé aux spécialistes de l'hôpital universitaire pour le surplus. Or, même si rien au dossier ne laisse supposer que le recourant a été suivi de façon spécialisée et régulière sur le plan psychique, plusieurs constats médicaux indiquent que l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail et du profil d'exigibilité somatiques pourrait être faussée par de troubles psychiques, traits de caractère ou composantes psychosociales. Les synthèses du SMR elles-mêmes reprennent toutes, dans les complications, le diagnostic de dépression réactionnelle (traitement avec Trittico) selon ce qui figurait déjà dans le rapport de sortie du 18 mai 2015 du centre hospitalier. Dans ses rapports des 10 août 2016 et 14 janvier 2017, le SMR évoque aussi la mauvaise compliance (déjà relevée dès les premières hospitalisations, par ex.: dos. AI 109/33) mais surtout mise en évidence lors du séjour de réadaptation, avec des comportements revendicateurs, méfiants et accusateurs, ainsi que des difficultés d'intégration. Le généraliste traitant a aussi signalé avec le développement de l'obésité qu'un "excès d'alcool (OH) n'était pas exclu (dos. AI 109/4). Ces constats en eux-mêmes remettent aussi en cause la valeur probante d'ensemble de l'appréciation, de surcroît sans examen personnel, du médecin (somaticien) du SMR. Cet aspect non somatique ne

peut être exclu avec une vraisemblance prépondérante alors qu'il n'a fait l'objet d'aucune investigation.

6.2.4 Même si le recourant ne soulève pas expressément ce grief, il y a encore lieu de relever que l'appréciation de synthèse du SMR sur laquelle se fonde le refus de rente ne convainc pas non plus dans la mesure où elle part du principe que la situation n'a aucunement fluctué pendant toute la période couverte par l'objet de la contestation (voir c. 6.1). En fixant, dans son rapport du 10 août 2016, la validité de son profil d'exigibilité depuis la sortie de la clinique de réadaptation de la Suva, soit en août 2015, le spécialiste du SMR s'est nettement distancié des conclusions de ses collègues qui avaient suivi l'assuré pendant sa réhabilitation. Ceux-ci avaient en effet expliqué qu'ils continuaient à attester une incapacité de travail totale dans la dernière profession mais renonçaient à définir une exigibilité professionnelle au motif que la phase médicale n'était à l'époque (août 2015) pas terminée (voir dos. AI 109/16). Le SMR n'explique du reste pas la compatibilité de l'exigibilité qu'il a définie à 100%, avec 20% de perte de rendement, dès fin août 2015, même en admettant qu'elle a été fixée "a minima", avec les rapports postérieurs de la clinique de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'hôpital universitaire continuant de constater des problématiques au niveau de la cicatrice (adhérence) et du nerf saphène, qui ont encore motivé une nouvelle hospitalisation pour arthroscopie en septembre 2016, dont les suites n'ont pas été documentées au dossier AI jusqu'à la décision du 7 septembre 2017. Compte tenu de l'échéance du délai d'attente dès mars 2016, une invalidité de 40%, même passagère, suffisait pour faire naître un droit à une rente, le cas échéant, limitée dans le temps. Le caractère encore ou à nouveau instable de la situation nécessitait une instruction complémentaire avant la décision.

6.3 Il résulte de ce qui précède que l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur la seule appréciation médicale sur dossier du SMR, ne prenant pas entièrement en compte l'atteinte au poignet, fondée sur des documents médicaux incomplets, pas actualisés pour toute la période couverte par l'objet de la contestation sur le plan somatique et inexistant d'un point de vue psychiatrique, a violé le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPG).

L'appréciation à la base de la décision contestée est mise en doute par les rapports des médecins intervenus dans le traitement du recourant si bien que, contrairement à ce que prétend l'intimé, l'indication générale de la relation privilégiée entre le recourant et ses médecins traitants (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Dans ces conditions, les rapports d'évaluation du SMR ne remplissent pas les conditions strictes exigées par la jurisprudence pour revêtir un caractère probant (voir c. 6.1). L'appréciation qui en résulte ne s'impose pas avec une vraisemblance prépondérante.

7.

7.1 Pour ces raisons, il se justifie d'admettre le recours, d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. L'Office AI Berne veillera à rassembler une documentation médicale globale et coordonnée qui appréhendera, à tout le moins, les plans orthopédique et psychiatrique sur la base de rapports médicaux actualisés (par ex., déjà, en requérant le dossier de la Suva au-delà d'août 2015). Une fois en possession de nouvelles données médicales solides, couvrant toute la période couverte par l'objet de la contestation, l'intimé déterminera le degré d'invalidité et ses éventuelles fluctuations. Les renseignements médicaux actualisés à sa disposition lui permettront également de mieux cerner la problématique de l'exigibilité et/ou de l'abattement à pratiquer sur le revenu hypothétique avec invalidité. Si l'intimé maintient son évaluation du revenu sans invalidité au niveau du salaire de base indiqué pour 2015 par l'employeur (alors que les salaires des années précédentes, particulièrement celui de 2014, récapitulés par l'employeur ou enregistrés au CI, sont supérieurs à la rémunération de base), il en expliquera les raisons, en se référant non seulement à la première phrase des hypothèses énumérées au ch. 3024 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'AI (CIIAI) publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), mais aussi à la phrase qui la suit et au ch.3023 CIIAI, qui définissent la façon de prendre en compte les heures supplémentaires. Si nécessaire, l'intimé requerra plus d'informations auprès de l'employeur sur la régularité ou le caractère aléatoire des heures

supplémentaires (TF 9C_979/2012 c. 4 et 5 et références). Fort de toutes ces données, l'Office AI Berne rendra une nouvelle décision, susceptible de recours, quant au droit à la rente du recourant.

7.2 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.

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause. Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA pour la procédure devant le TA (ATF 132 V 215 c. 6.2). Les honoraires (y compris débours et TVA), chiffrés à hauteur de Fr. 6'391.10 dans la note du 22 février 2018, compte tenu de l'importance et de la complexité objective relative de la procédure judiciaire (restreinte essentiellement à une discussion de la valeur probante des documents médicaux et du calcul de l'invalidité selon la méthode ordinaire, alors que le mandataire avait déjà représenté le recourant en procédure administrative), ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, doivent être ramenés à un total de Fr. 4'532.70 et mis à la charge de l'intimé (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]). Le montant susmentionné de Fr. 4'532.70 correspond à Fr. 3'348.- pour l'année 2017 (honoraires et débours de Fr. 3'100.- et TVA [8%] de Fr. 248.-) et à Fr. 1'184.70 pour l'année 2018 (honoraires et débours de Fr. 1'100.- et TVA [7,7%] de Fr. 84.70).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 4'532.70 (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,et communiqué:
 - à la fondation de prévoyance C. _____,
 - à la Caisse de pension D. _____.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).