

**200.2018.153/154.AI**

N° AVS  
ANP/REN

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

**Jugement du 8 août 2019**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
P. Annen-Etique, greffière

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

contre

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

relatif à deux décisions de ce dernier des 19 janvier et 16 février 2018



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1955, marié et père de deux enfants adultes, a travaillé dès 1976 comme décolleteur (formation certifiée) indépendant dans l'entreprise familiale qu'il a reprise avec ses frères.

Le 13 septembre 1981, l'assuré a été victime d'un accident de voiture avec choc frontal lui ayant occasionné une fracture-luxation de la hanche gauche, des fractures au niveau de la rotule gauche, une fracture comminutive de la diaphyse fémorale gauche, une fracture ouverte du 2<sup>ème</sup> degré du plateau tibial droit, une fracture bi-malléolaire droite, de multiples fractures aux orteils gauches, une fracture de l'olécrâne gauche et de la mâchoire du côté gauche. Après plusieurs opérations, il a pu reprendre courant 1982 son activité de décolleteur à 50%. La Suva, qui a versé des prestations temporaires pour cet événement (paiement des frais médicaux et allocation d'indemnités journalières), a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 50% depuis le 1<sup>er</sup> avril 1986. En 1986 et 2012, elle a alloué des indemnités à raison d'atteintes à l'intégrité (IPAI) estimées, chacune, à 35%, à savoir à hauteur d'un taux global de 70%. Plusieurs rechutes (en particulier au tibia gauche, aux genoux et pieds, à l'épaule droite et au pouce gauche) ont été annoncées en lien avec l'événement de 1981. En date du 15 février 2012, l'assuré s'est par ailleurs blessé à l'épaule droite en chutant sur un chemin enneigé. Les traitements conservateurs et chirurgicaux de cette lésion ont été pris en charge par la Suva qui a par contre refusé ses prestations pour les suites d'une nouvelle chute sur l'épaule droite survenue en septembre 2014. Dans son bilan final du 16 mai 2017 concernant cette épaule et le genou gauche, le médecin d'arrondissement de la Suva a estimé que l'intéressé pouvait travailler à temps complet dans un emploi adapté à ses restrictions physiques.

## **B.**

Sur un autre plan asséculoologique, l'assuré s'est vu accorder une rente entière de l'assurance-invalidité (AI) à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1982. Cette prestation a été diminuée dès le 1<sup>er</sup> mai 1985 à une demi-rente (invalidité de 50%) confirmée lors de révisions ordinaires du droit (invalidité de 60% reconnue dans l'intervalle), puis augmentée à trois quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 (entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI). En raison d'une aggravation médicale invoquée lors d'une révision du droit début 2004, l'Office AI Berne a requis une expertise orthopédique (rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2005). A l'occasion d'une nouvelle révision du droit courant juin 2009, l'intéressé a fait valoir une péjoration de son état de santé. Il a cessé toute activité lucrative début octobre 2009. L'Office AI s'est enquis des appréciations de ses médecins, régulièrement actualisées suite aux opérations pratiquées les 25 novembre 2010 (pose d'une prothèse totale au genou droit), 6 septembre 2012 (débridement du tendon supra-spinal droit), 16 septembre 2013 (ablation unguéale du gros orteil gauche), 13 novembre 2014 (débridement du tendon supra-spinal et ténotomie du biceps du côté droit), 5 novembre 2015 (implantation d'une prothèse totale au genou gauche) et 11 mai 2016 (décompression d'un ligament annulaire au pouce gauche). Une enquête AI pour activité professionnelle indépendante a par ailleurs été réalisée (rapports des 7 décembre 2012 et 22 décembre 2016). Dans l'intervalle, l'assuré a requis de l'AI en octobre 2013 et août 2014 des mesures professionnelles qui lui ont été refusées le 24 mars 2016. Il a par contre bénéficié de moyens auxiliaires de l'AI en vue de l'adaptation de son logement. En raison de ses objections contre une préorientation du 8 avril 2016 qui prévoyait de réduire sa rente à un quart (42% d'invalidité), il a subi le 3 août 2016 un examen orthopédique auprès du service médical régional (SMR) de l'AI qui lui a reconnu une capacité de travail à 80% dans un emploi adapté.

Après une nouvelle préorientation du 13 janvier 2017 derechef contestée, l'Office AI a réduit le 19 janvier 2018 la rente à une demi-rente d'invalidité (degré de 53%). Dans une seconde décision rendue le 16 février 2018, il a par ailleurs fixé au 1<sup>er</sup> mars 2018 la prise d'effet de cette demi-rente.

## **C.**

Par acte du 21 février 2018, l'assuré, assisté par l'avocate qui le représentait déjà en procédure de préorientation, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, il conclut, principalement, à l'annulation de la décision rendue le 19 janvier 2018 ainsi qu'à la modification de celle du 16 février 2018 en ce sens que le droit à une demi-rente reconnu par l'AI doit être remplacé par l'octroi d'une rente entière et, à titre subsidiaire, au renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 4 mai 2018, l'intimé conclut au rejet du recours et à ce que le recourant supporte les frais de procédure et les dépens, renvoyant au surplus à une prise de position du SMR du 26 avril 2018 (en allemand) jointe à son envoi. Le 4 septembre 2018, le Juge instructeur a invité l'intimé à produire la traduction française (annoncée dans la réponse) de cette prise de position et, au vu du contenu de celle-ci se référant au rapport final du médecin de la Suva du 16 mai 2017 (capacité de travail entière reconnue dans un emploi adapté; c. A supra), à préciser s'il entendait s'écarter des exigences antérieures du SMR avalisées dans sa décision du 19 janvier 2018 (capacité de travail à 80% offerte dans une activité profilée). L'Office AI a produit le 27 septembre 2018 la traduction requise et a précisé que les trois quarts de rente, au vu du rapport final du médecin de la Suva, auraient dû être supprimés dès le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois ayant suivi sa décision et non simplement réduits à une demi-rente. Rendu attentif le 2 octobre 2018 par le juge instructeur au risque d'une reformatio in pejus de la décision du 16 février 2018 et à la possibilité de retirer son recours, l'assuré a maintenu celui-ci le 23 octobre 2018 et a présenté sa réplique. L'intimé a renoncé à dupliquer le 31 octobre 2018.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** En règle générale, l'état de fait et de droit déterminant est, au plus tard, celui qui prévalait à la date de la décision ou des décisions

contestées, soit en l'espèce les 19 janvier et 16 février 2018. Les dispositions matérielles de la 5<sup>ème</sup> révision de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 p. 5129), respectivement celles de la 6<sup>ème</sup> révision, premier volet, de la LAI, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, sont donc en principe applicables au présent cas. Dans la mesure où la procédure de révision ici en cause a été initiée en juin 2009 par l'Office AI et où une partie des faits déterminants se sont ainsi réalisés avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, les dispositions antérieures, le cas échéant déterminantes à l'époque correspondante, leur sont toutefois applicables (ATF 132 V 215 c. 3.1.1, 130 V 445 c. 1).

**1.2** Les décisions rendues les 19 janvier et 16 février 2018 par l'intimé représentent l'objet de la contestation; elles ressortissent au droit des assurances sociales et prononcent, respectivement, le remplacement des trois quarts de rente du recourant par une demi-rente ainsi que la prise d'effet de cette dernière au 1<sup>er</sup> mars 2018. Au vu des conclusions du recours, l'objet du litige porte sur l'octroi à l'assuré d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales du SMR ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité, respectivement certaines données chiffrées à l'appui de ce calcul.

**1.3** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment légitimée, 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 LAI 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]).

**1.4** 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]).

**1.5** 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 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 (art. 7 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA). 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** 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). 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).

**2.3** 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'ancien [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. 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 RAI). 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).

**2.4** 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** 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).

### 3.

**3.1** Dans sa décision contestée du 19 janvier 2018, l'Office AI a reconnu une entière valeur probante à l'appréciation du SMR du 16 août 2016 rendue suite à une évaluation orthopédique du recourant auprès de ce même service médical. Il s'est également référé au rapport d'enquête du 22 décembre 2016 ainsi qu'à une prise de position du 3 janvier 2017 de son service des enquêtes (SE). Sur ces bases, ledit office a estimé que l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée (excluant le décolletage) à un taux de 80% et que son revenu d'invalidé, diminué d'un abattement de 15% à titre de "désavantage salarial", s'élevait à Fr. 41'642.- par an. Fixant à Fr. 89'240.- le revenu annuel sans handicap, l'intimé a ainsi retenu un degré d'invalidité de 53% ouvrant le droit à une demi-rente, dont le début a par ailleurs été arrêté au 1<sup>er</sup> mars 2018 conformément à la seconde décision rendue le 16 février 2018. Dans sa prise de position du 27 septembre 2018, l'intimé a nuancé ces considérations initiales en indiquant que son SMR, après avoir pris connaissance au stade du recours du rapport médical final du 16 mai 2017 établi par le médecin d'arrondissement de la Suva, avait admis dès cette date une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Au vu de ce nouveau profil, l'Office AI a évoqué une possible suppression de la rente (degré d'invalidité estimé à 15% compte tenu d'un revenu d'invalidé, avec un abattement de 15%, fixé à Fr. 57'223.- par an).

Pour sa part, le recourant reproche à l'intimé une appréciation incomplète des preuves par le fait que celui-ci se serait "basé uniquement sur le rapport du SMR en écartant l'avis des médecins traitants et ce sans justifier ce choix". Il considère que l'évaluation du SMR englobe surtout les limitations d'ordre mécanique encourues, sans égard pour ses douleurs constantes ni pour les problèmes de sommeil, de concentration et de mémoire qui en découlent. Seule une appréciation médicale intégrative de l'ensemble de ces symptômes est d'après lui susceptible d'établir sa capacité de travail effective. S'il concède que chaque affection prise séparément n'empêcherait probablement pas une reprise d'activité, il allègue que le cumul de ses atteintes médicales rend "clairement illusoire" une activité à 80%. Il admet "une certaine stabilisation (provisoire)" de son

état de santé à partir de l'examen au SMR en août 2016, sans que celle-ci ne se traduise de son avis toutefois par une amélioration de la capacité de gain. S'agissant du calcul de l'invalidité, il se prévaut d'un revenu sans handicap de Fr. 92'633.- par an ainsi que d'un abattement de 25% sur le salaire statistique avec handicap.

**3.2** Dès l'abord, l'on précisera que l'existence d'un motif de révision du droit à la rente n'est en soi, et à bon droit, pas contestée entre parties. Toutes deux admettent en effet que la situation médicale a sensiblement évolué depuis l'expertise orthopédique du 1<sup>er</sup> septembre 2005 qui attestait d'un pensum résiduel de travail de 50% dans l'emploi usuel considéré alors encore comme adapté aux handicaps et qui a abouti à la confirmation d'un degré d'invalidité de 60% à l'origine des trois quarts de rente alloués dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Ainsi, l'Office AI postule une élévation à 80% de la capacité de travail depuis l'examen orthopédique pratiqué le 3 août 2016 auprès des services du SMR, alors que le recourant invoque quant à lui une péjoration médicale dès 2008 (d'après ses indications dans la demande de révision) qui exclurait désormais une activité même adaptée sur le marché libre de l'emploi. Toute autre est en revanche la question de savoir dans quelle mesure cette évolution médicale, avérée au dossier AI au vu des quelque six interventions chirurgicales entre 2010 et 2016 rendant indubitablement compte d'une modification sensible de la situation médicale par rapport à celle qui prévalait lors de l'expertise de 2005, influence la capacité de travail et de gain de l'assuré.

**3.3** Il ne peut être tenu compte dans le présent jugement du rapport opératoire du 4 mai 2018, ni de la nouvelle intervention du 3 mai 2018 à l'épaule gauche documentée dans ce rapport (dossier recourant [dos. rec.] 3). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie en effet la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la (les) décision(s) litigieuse(s) a(ont) été rendue(s) (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la (les) décision(s) attaquée(s) a(ont) été prononcée(s) (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Cette dernière éventualité n'est toutefois pas réalisée au cas d'espèce.

#### **4.**

**4.1** Sous l'angle des principaux antécédents médicaux et accidentels, l'on retient sur la base du dossier de l'intimé et des pièces de la Suva que l'assuré s'est fracturé le pied gauche à hauteur des métatarsiens en 1978 avec sa moto et qu'il a été victime d'un polytraumatisme lors de son accident de voiture de 1981 traité par une trentaine d'interventions chirurgicales lui ayant laissé comme séquelles une gonarthrose gauche après fracture du fémur et du plateau tibial gauche, une atteinte périphérique du nerf sciatique gauche après luxation de la hanche gauche ainsi qu'une coxarthrose gauche secondaire à la fracture-luxation postérieure de la hanche gauche opérée. Il ressort en outre du dossier de la cause que l'intéressé a bénéficié de traitements conservateurs suite à des traumatismes à l'épaule droite en 1986 et à l'épaule gauche en 1994 suite à un accident de moto, qu'il a fait une chute en 2004 avec fracture au niveau du radius gauche (non opérée), qu'une arthroscopie de l'épaule droite avec débridement du sus-épineux, acromio-plastie et résection acromio-claviculaire a eu lieu en 2012 et qu'il a subi une nouvelle arthroscopie à la même épaule en novembre 2014 avec réparation par voie ouverte du sus-épineux et de l'infra-épineux. Dans l'intervalle, il s'est fait implanter une prothèse totale du genou (PTG) à droite avec arthrolyse le 25 octobre 2010 en raison d'une gonarthrose secondaire avancée, puis une PTG du côté gauche le 5 novembre 2015. Le 11 mai 2016, il a en outre subi une décompression chirurgicale au pouce gauche. Hormis une tendinopathie achilléenne et faciite plantaire droite (mars 2014), il présente au surplus une hypertension artérielle traitée, une obésité, un syndrome d'apnée du sommeil, des lombalgies chroniques sur discopathie L5/S1 et spondylarthrose L4/L5 étagée, une coxarthrose droite débutante, une arthrose tibio-talienne droite et une arthrose de l'avant-pied gauche.

**4.2** A la date des décisions contestées des 19 janvier et 16 février 2018 et suite à la procédure de révision initiée d'office par l'intimé courant juin 2009, les principales sources médicales suivantes se prononcent sur l'état de santé du recourant.

**4.2.1** L'assuré a été suivi par plusieurs médecins auprès d'un centre orthopédique chirurgical, en fonction des spécificités de ses atteintes.

Un premier chirurgien en charge du suivi des *problématiques aux hanches et aux genoux* a constaté, le 11 mars 2010, une aggravation au genou droit pré-dessinant, selon lui, la future implantation d'une PTG. Attestant une incapacité de travail entière dans l'emploi usuel, il recommandait une reconversion dans une activité principalement assise permettant de faire quelques pas de temps à autre, sans lourdes charges ni postures contraignantes. Après cette PTG droite implantée le 25 novembre 2010, le même chirurgien a fait état, le 11 septembre 2014, de restrictions résiduelles légères en cas de flexion du genou. Il rapportait cependant une gonarthrose gauche, une coxarthrose secondaire gauche et une coxarthrose débutante à droite pour lesquelles d'éventuelles opérations demeuraient ouvertes. Il réservait en outre l'appréciation de son confrère chirurgien s'agissant de l'atteinte lombaire. En date du 30 avril 2015, il a évoqué une situation pour l'essentiel inchangée aux genoux, rendant à son sens exigible une activité sans ports de lourdes charges, ni postures contraignantes ou debout et à la marche prolongées. Suite à la PTG du côté gauche en date du 5 novembre 2015, il a précisé le 8 décembre 2015 qu'il fallait désormais compter avec une résistance réduite au niveau des articulations des genoux. En raison des multiples autres problématiques de santé, il n'estimait guère possibles des activités corporelles et recommandait, le cas échéant, une réadaptation dans une activité principalement assise. Le 19 février 2016, il a avancé qu'une réadaptation dans une activité corporelle apparaissait totalement irréaliste au vu des nombreuses problématiques à l'appareil locomoteur. S'adressant à la mandataire du recourant, il a précisé le 6 mars 2017 que ces nombreuses atteintes rendaient tout au plus possible une activité adaptée à temps partiel et il a recommandé l'octroi d'une rente d'invalidité entière ou la mise en œuvre, alors indispensable selon lui, d'une réadaptation professionnelle.

Le chirurgien ayant opéré l'assuré à l'*épaule droite* le 6 septembre 2012 a quant à lui évoqué, le 22 novembre 2012, une évolution contrariée par une épaule gelée marquée et, le 11 septembre 2013, des douleurs toujours importantes mais théoriquement compatibles avec des travaux légers adaptés (à hauteur de l'abdomen, sans soulèvement de charges de plus 5 kg, ni travaux au niveau du thorax ou de la tête). Le 28 novembre 2014, il a précisé à l'attention de la mandataire de l'assuré que le substrat mis en

évidence lors de l'opération du 13 novembre 2014 à l'épaule droite était sans lien avec le nouveau traumatisme annoncé en septembre 2014, mais traduisait une progression de lésions tendineuses préexistantes. Toujours à l'adresse de cette mandataire, il a constaté le 15 février 2017 que l'Office AI avait omis d'inclure la problématique à l'*épaule gauche* dans les diagnostics retenus. A cet égard, il suspectait une déchirure du tendon supra-spinal susceptible d'une opération en cas d'échec du traitement physiothérapeutique introduit par lui. En raison des douleurs importantes présentes à cette épaule, il estimait la capacité de travail réduite dans une activité adaptée telle que celle définie par le SMR.

Dans un rapport du 21 octobre 2014, le chirurgien suivant l'intéressé *au plan lombaire* a posé un pronostic défavorable en expliquant les restrictions encourues principalement par une claudication spinale évolutive avec une ischialgie gauche progressant tendanciellement, par une lésion du nerf ischiadical après luxation traumatique de la hanche en 1981 et par une pathologie à l'épaule droite (dominante). Il a également évoqué une mobilisation rendue plus difficile en raison d'une achillodynie chronique, d'une fasciite plantaire ainsi que d'un renflement du gros orteil gauche avec déformation importante des ongles. Du fait de cette poly-morbidité à l'appareil locomoteur, il a estimé que même une réintégration dans un emploi mieux adapté que celui usuel de décolleteur n'était pas offerte. Le 20 avril 2015, après avoir encore impliqué un confrère neurologue dans le suivi de son patient, il a fait état d'une maladie nettement dégénérative à la colonne vertébrale L4/5 avec spondylarthrose, d'une sténose modérée et d'une spondylarthrose avec discopathie L5/S1. Selon lui, une activité corporelle légère alternant les postures était en soi possible mais apparaissait irréaliste au vu des nombreux autres diagnostics. Il a encore précisé que l'évolution médicale lentement défavorable en raison des arthroses faisait obstacle à une réintégration professionnelle.

**4.2.2** Le médecin neurologue dont l'avis a été sollicité par le chirurgien en charge du suivi de l'atteinte lombaire a examiné le recourant les 11 et 23 septembre 2014. Aux plans clinique et neurophysiologique, il a confirmé la présence de déficits sensorimoteurs importants dans les jambes, les attribuant pour l'essentiel à l'accident de 1981 qui avait selon lui provoqué

des lésions au plexus lombo-sacral. A l'examen électro-myographique, il a relevé des signes de transformation neurogène chronique dans le muscle tibial antérieur gauche en tant qu'expression d'une ancienne lésion neurale. Il a exclu tout processus aigu de dénervation, mais pas une polyneuropathie. En lien avec les douleurs lombaires, il a constaté la présence d'un syndrome lombo-vertébral modéré qui pouvait probablement être attribué à des altérations dégénératives diffuses de la colonne vertébrale lombaire documentées dans une ancienne imagerie par résonance magnétique (IRM). Il n'existait selon lui toutefois aucun indice en faveur de déficits ou d'une irritation radiculaires.

**4.2.3** Dans un rapport médical AI rempli le 28 août 2014, le généraliste traitant a indiqué que son patient souffrait de douleurs aux genoux, au dos, aux épaules et, de moindre importance, aux chevilles et aux hanches. En l'état, d'après ses précisions, son patient était surtout gêné par son genou gauche et restait dans l'attente d'une PTG qui était alors prévue prochainement. Dans le cadre de son pronostic, ce médecin a souligné que les lésions arthrosiques allaient en s'aggravant et qu'une fois les traitements médicamenteux épuisés, seule une solution opératoire serait envisageable. Il a jugé inadaptée l'activité usuelle du fait de la posture debout accentuant les douleurs, mais a refusé de spécifier quelles activités (pré-imprimées sur une page du questionnaire AI) étaient encore exigibles ("Je suggère à l'AI de former des médecins spécialistes pour répondre à cette page. Dorénavant je ne me prendrai pas la tête pour y répondre"; dos. AI 102/5). Le 6 mai 2015, il a indiqué que la situation médicale s'était péjorée depuis sa précédente appréciation du fait d'une évolution naturelle de l'arthrose et de l'influence d'une météorologie humide sur cette dernière. Il s'est au surplus référé à son précédent rapport médical.

**4.2.4** Le SMR, par l'entremise d'un chirurgien orthopédique, a admis le 19 mars 2012, une capacité de charge réduite au niveau des extrémités inférieures. Se référant à un précédent bilan de la Suva du 22 septembre 2010, ce médecin a considéré qu'une activité assise autorisant toutes les heures des changements de positions, sans port de charges ni travail en force avec le poignet gauche, était exigible à 100%, sans perte de rendement. Ces exigences ont été confirmées en date du 9 octobre 2015

et 21 mars 2016. Le 3 août 2016, l'assuré a fait l'objet d'un examen orthopédique personnel auprès du SMR. La chirurgienne orthopédique qui a procédé à ces investigations a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un polytraumatisme en 1981 avec une gonarthrose post-traumatique en varus gauche et un crus varum associé aux nombreux status post-accidentels et post-opératoires connus (c. 4.1 supra) et, sans répercussions sur la capacité de travail, de l'hypertension et de l'adiposité. Elle a défini un profil d'exigibilité rendant, selon elle, possible l'emploi usuel de décolleteur à 50% et une activité mieux profilée pour les handicaps à un taux de 80% - à savoir une activité alternant les postures, n'impliquant pas de soulever ni de porter des charges moyennement lourdes à lourdes, ni de postures contraignantes (se baisser, s'agenouiller ou se recroqueviller), sans influences environnementales extérieures (courants d'air, froid ou humidité), ni travaux au-dessus de la tête ou avec utilisation constante de la main au-dessus du thorax, sans travaux avec risque de chute (monter sur des échafaudages, des échelles ou des toits) ou exigeant de toujours gravir des escaliers. Cette doctoresse a encore indiqué que d'éventuelles mesures professionnelles pouvaient être immédiatement mises en œuvre. Invité à se prononcer sur la prise de position du 6 mars 2017 du chirurgien suivant l'assuré pour ses atteintes aux hanches et aux genoux (capacité de travail uniquement partielle admise par ce médecin; c. 4.2.1 supra), le SMR, par une autre spécialiste orthopédiste, a estimé le 1<sup>er</sup> juin 2017 que cette nouvelle appréciation ne mettait pas en cause le profil d'exigibilité défini dans son rapport du 16 août 2016. En date du 26 avril 2018, la même doctoresse du SMR a pris position sur le rapport final du médecin de la Suva du 16 mai 2017 (voir c. 4.2.5 infra). Se ralliant aux exigences définies par ce confrère, elle a estimé qu'une activité adaptée était offerte à temps complet, sans restrictions de rendement. Elle a au surplus indiqué que d'autres investigations médicales ne s'avéraient pas nécessaires.

**4.2.5** Après un long suivi par plusieurs médecins-conseils de la Suva (moyennant, parfois, des investigations cliniques à leur consultation), l'assuré a été examiné le 16 mai 2017 par un médecin de la Suva spécialisé en médecine intensive et médecine interne générale. Dans son rapport daté du même jour, ce médecin a retenu les diagnostics d'une gonarthrose gauche, d'une atteinte périphérique du sciatique gauche, d'une

coxarthrose gauche, d'un status après une PTG gauche le 5 novembre 2015, d'un status après ostéotomie de valgisation du tibia proximale gauche en novembre 1998 et d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) en 1999, d'une hypertension artérielle traitée, d'une obésité, de lombalgies chroniques sur discopathie L5/S1 et spondylarthrose L4/L5 étagée, d'une coxarthrose débutante (à droite), d'une arthrose tibio-talienne droite et d'une arthrose de l'avant-pied gauche. Ce médecin d'arrondissement a considéré que la situation médicale était en l'état stabilisée, mais a réservé de probables opérations en raison des douleurs à l'épaule gauche et de celles liées à une coxarthrose bilatérale. En l'état, il a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité exercée à sa guise assise ou debout, en ayant l'avant-bras droit appuyé sur un support, sans travaux au-dessus du plan des épaules ni ports de charges et en évitant les activités accroupies et à genoux, les positions statiques debout ou assises prolongées, la marche en terrain irrégulier, à plat prolongée ainsi que la montée ou la descente répétées d'une échelle ou d'escaliers. Il a encore spécifié que ce profil ne tenait pas compte des multiples atteintes articulaires du recourant associées à des douleurs chroniques elles-mêmes expliquées par celles-ci, ni de l'âge du recourant - paramètres rendant selon lui très difficile une réinsertion professionnelle.

## **5.**

Les rapports médicaux au dossier divergent quant à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail par les médecins de l'assuré, d'une part, et le SMR, respectivement les médecins de la Suva, d'autre part.

**5.1** Pour revêtir une valeur probante comparable à celle d'autres expertises, les rapports du SMR doivent satisfaire aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.5 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254]). D'après l'art. 49 al. 1 phr. 1 RAI, les SMR peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des

assurés. Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

**5.2** D'emblée, l'on précisera que c'est à tort que l'intimé, dans sa prise de position du 27 septembre 2018 devant le TA, a envisagé de s'écarter de l'appréciation de son SMR du 16 août 2016 au profit des dernières conclusions rendues le 16 mai 2017 par le médecin d'arrondissement de la Suva. Ainsi qu'expressément mis en évidence par ce second médecin, le profil d'exigibilité défini dans son bilan final concernant l'épaule droite et le genou gauche ne tient en effet nullement compte des multiples atteintes articulaires du recourant ni des douleurs chroniques que celles-ci induisent (comparer c. 4.2.1 à 4.2.4 supra avec 4.2.5 supra). En d'autres termes, les exigences définies par la Suva ne peuvent être transposées telles quelles au cas particulier. Vu leur finalité différente, l'assurance-accident et l'AI ne sont en effet pas (nécessairement) appelées à couvrir les mêmes atteintes à la santé - la première assurance répondant des seules affections en lien de causalité à la fois naturelle et adéquate avec un événement accidentel reconnu comme tel, alors que la seconde prend en charge, quelle qu'en soit l'origine ou l'étiologie, l'ensemble des atteintes médicales susceptibles d'influer durablement sur la capacité de travail et de gain.

**5.3** Quant à sa forme, l'appréciation rendue le 16 août 2016 par le SMR répond aux réquisits posés par la jurisprudence du TF relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.4 et 2.5 supra). D'emblée, ce rapport d'examen rappelle le contexte médical qui a motivé le mandat d'expertise, à savoir les conclusions du 8 décembre 2015 du chirurgien

traitant pour les atteintes aux hanches et aux genoux ne jugeant plus possible une activité corporelle mais, tout au plus, une activité s'exerçant principalement assise (c. 4.2.1 supra). Les qualifications de la doctoresse, spécialisée en chirurgie orthopédique, qui a été mandatée au sein du SMR, sont indiscutables et en soi incontestées. Cette doctoresse orthopédiste a d'abord veillé à restituer les principaux éléments anamnestiques disponibles sur les plans familial, personnel, professionnel, social ainsi qu'en rapport avec d'éventuelles problématiques de dépendance (cigarettes, alcool). Elle n'a pas non plus omis de faire état des plaintes subjectives du patient et de ses actuelles thérapies, ni d'autres paramètres liés à l'environnement de vie (déroulement des journées, hobbies, etc.) ou au potentiel d'adaptation (ressources personnelles et stratégies de gestion des douleurs). Son examen orthopédique pratiqué le 3 août 2016 est orienté autour de plusieurs axes précis d'investigation tels le status sous l'angle de la médecine générale et interne, celui au niveau de l'appareil locomoteur ainsi qu'en lien avec les procédés d'imagerie. Son appréciation de synthèse ainsi que son appréciation spécifique à la capacité résiduelle de travail se présentent comme bien construites et circonscrites, à l'instar des réponses qu'une autre doctoresse orthopédiste du SMR a apportées aux griefs soulevés en procédure de (seconde) préorientation et de recours.

**5.4** Des critiques ont-il est vrai été élevées dès le 28 octobre 2018 à l'encontre de l'appréciation orthopédique précitée du SMR (semble-t-il parvenue le 14 octobre 2018 à l'assuré), en raison de prétendus problèmes de compréhension entre l'experte, de langue maternelle allemande, et le recourant, lui-même francophone. Il appert cependant que ce dernier était assisté d'un interprète pendant toute la durée de l'examen, qu'il n'a jamais invoqué au cours de celui-ci de difficultés de communication et que la doctoresse du SMR a même fait état d'un bon rapport affectif établi avec lui durant l'entretien. En réalité, l'essentiel des griefs formulés le 28 octobre 2018 relèvent de l'appréciation médicale, que ce soit en lien avec l'observation du comportement de l'assuré durant l'examen (changements fréquents ou non de postures), les exigences définies par l'experte ou encore les problématiques médicales retenues à l'appui de celles-ci. Sur ce dernier point, il est vrai que la doctoresse du SMR n'a posé aucun

diagnostic en lien avec les douleurs dorsales évoquées à plusieurs endroits du dossier. Elle n'a cependant pas passé sous silence ces symptômes rapportés dans la rubrique consacrée aux plaintes subjectives du patient. Qui plus est, et surtout, elle a examiné de manière approfondie celui-ci à la colonne vertébrale thoracale et lombaire avant de conclure à l'absence, hormis certaines anomalies, de toute particularité clinique (p. 2 de son rapport; voir aussi dos. AI 147/4). L'on note du reste que le neurologue qui a collaboré avec le chirurgien responsable du suivi de la problématique lombaire n'a lui-même constaté qu'un syndrome lombo-vertébral modéré et n'a en tout cas pas mis en évidence de déficits ou d'irritation radiculaires (c. 4.2.2 supra). Quant aux insomnies dont le recourant a allégué, toujours le 28 octobre 2018, qu'elles n'auraient pas été suffisamment prises en compte dans le rapport du SMR, l'on relève qu'il n'en a lui-même fait aucune mention dans ses plaintes à l'experte (sans alléguer que la rubrique correspondante en p. 2 du rapport aurait été retranscrite de manière incomplète). De plus, il n'a pas non plus évoqué dans ce contexte ses problèmes de concentration et de mémoire, que le SMR a néanmoins consignés dans son rapport en estimant cependant qu'ils n'influençaient pas la capacité résiduelle de travail - ce, en accord du reste avec les conclusions antérieures de la Clinique romande de réadaptation (CRR) qui, après avoir soumis l'assuré à un examen neuropsychologique fin 2015, avait fait état de résultats "dans les limites de la norme" (dos. AI 166.60/4, 12-13). Pour le surplus, les autres éléments factuels invoqués visaient des points de détail sans portée quant à l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail.

**5.5** Contrairement à ce que défend encore l'assuré dans son recours sous l'angle de l'appréciation des preuves, l'évaluation orthopédique rendue par le SMR ne peut non plus être mise en cause par le fait que la doctoresse mandatée a omis de mentionner dans ses diagnostics la problématique de l'épaule gauche (voir en ce sens également: rapport du 15 février 2017 du chirurgien traitant; c. 4.2.1 supra). Au final, seul importe en effet que l'assuré a bien été ausculté à cet endroit le 3 août 2016 auprès du SMR et que les limitations constatées lors de l'examen ont été dûment rapportées par la doctoresse orthopédiste dans le status des extrémités supérieures de l'appareil locomoteur (abduction limitée au-delà de 90° et

rotation interne réduite au-delà de 50% s'agissant de l'épaule gauche; dos. AI 147/5 et 149/7). Une seconde doctoresse orthopédiste du SMR s'est de plus exprimée sur les conclusions rendues le 6 mars 2017 par le chirurgien suivant les atteintes aux hanches et aux genoux, à teneur desquelles une déchirure longitudinale pressentie du tendon supra-spinal gauche était de nature à influencer les aptitudes professionnelles du recourant (c. 4.2.1 supra). Dans sa prise de position y relative du 1<sup>er</sup> juin 2017, cette doctoresse a exclu tout élément nouveau susceptible de contrarier ces aptitudes résiduelles et a ainsi confirmé la validité du profil d'exigibilité défini le 16 août 2016 par le SMR. Or, ce point de vue apparaît en l'espèce d'autant plus probant et cohérent que la lésion scapulaire gauche précitée n'était à ce stade-là encore que suspectée, sans que cette prévision ne permette alors (déjà) de conclusion définitive quant à la capacité résiduelle de travail. Par rapport aux avis cloisonnés des chirurgiens orthopédiques traitants rendus en fonction de leurs seules spécialisations respectives, sans aucune discussion globale de consensus, l'appréciation du SMR livre un status orthopédique complet (détaillé en annexe du rapport d'examen) et restitue sous l'angle temporel une situation de santé à un moment donné. En l'absence d'autres affections médicales à prendre en compte que celles présentes au plan orthopédique - les (seules) autres atteintes neuropsychologiques invoquées étant sans portée du point de la capacité de travail (c. 5.4 supra) -, l'appréciation du SMR se révèle de plus intégrative de l'ensemble des problématiques médicales déterminantes sous l'angle de l'AI. C'est dès lors à bon droit que l'intimé s'est fondé sur cette appréciation pour évaluer les aptitudes résiduelles de travail, d'autant qu'aucun indice au dossier ne permet de douter de sa pérennité lors du prononcé des décisions contestées. Des investigations médicales complémentaires ne s'avèrent ainsi pas nécessaires.

## 6.

Il reste cependant à examiner si l'assuré est en mesure de réintégrer le monde du travail et, le cas échéant, s'il peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel afin de faciliter sa réinsertion économique.

**6.1** Selon la jurisprudence, il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1). D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, la personne invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et si elle peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b). En l'espèce, la doctoresse orthopédiste mandatée au sein du SMR, hormis les restrictions de rendement motivant un pensum de travail réduit à 80%, n'a pas assorti son évaluation de la capacité de travail à d'autres réserves d'exigibilité sur le marché libre de l'économie. Certes, son profil énumère un nombre non insignifiant de restrictions fonctionnelles qui peuvent, dans une certaine mesure, limiter les possibilités de retrouver un emploi. On ne saurait toutefois considérer que ces restrictions de profil rendent ici illusoire cette perspective, dès lors que les limitations évoquées quant au maintien de positions fixes ou en contrainte, relativement à des activités soumises à des influences environnementales et impliquant des postures risquées, répétées (gravir des échelles, utiliser toujours la main) ou au-dessus d'une certaine hauteur (thorax), sont susceptibles de concerner de nombreuses personnes (problèmes de dos, articulaires, pulmonaires, allergiques, d'obésité ou de déconditionnement). En d'autres termes, les handicaps du recourant, même au regard de l'ensemble de sa situation, ne permettent pas d'évoquer une activité possible uniquement sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pas ou qu'elle nécessiterait des concessions irréalistes de la part d'un employeur moyen (SVR 2011 IV n° 6 c. 4.2.4, 2008 IV n° 62 c. 5.2). Il faut bien plus retenir que le marché du travail offre un éventail suffisant d'activités légères adaptées aux limitations présentes - tels les travaux de tri, de contrôle ou d'emballage dans l'industrie énumérés dans la prise de position du 6 septembre 2017 du SE. Les chirurgiens traitants n'ont au demeurant pas exclu une reprise d'activité (cas échéant, à temps partiel seulement) sur ledit marché - seul le chirurgien suivant la problématique lombaire a jugé irréaliste cette reprise, en raison toutefois surtout des autres atteintes de l'appareil locomoteur dont les chirurgiens en charge de leur suivi n'ont pourtant pas jugé qu'elles excluaient tout pensum résiduel de travail.

**6.2** L'âge avancé, même s'il consiste en un facteur étranger à l'AI, est considéré comme un élément qui, associé à d'autres considérations personnelles et professionnelles, peut conduire à ce que la capacité de gain encore reconnue à une personne assurée ne soit réellement plus recherchée sur un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit dès lors plus exigible de cette personne, même en vertu de son obligation de se réadapter personnellement. Cette question s'examine au moment où l'exigibilité médicale d'une capacité de travail totale ou partielle est constatée (ATF 138 V 457 c. 3.1 et 3.3). Au présent cas, le profil d'exigibilité probant reconnu par le SMR vaut depuis l'examen orthopédique du 3 août 2016, date à laquelle le recourant né le 6 mai 1955 était âgé de 61 ans et pratiquement trois mois. Or, en comparaison avec d'autres cas jugés par le TA, il ne saurait être considéré qu'il avait atteint à ce moment-là l'âge à partir duquel la jurisprudence considère qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (voir parmi ces précédents judiciaires: VGE 2013.892 IV du 26 février 2014 [assuré indépendant de 62 ans dont il a été jugé exigible de changer de profession]; JTA 2011.1183 AI du 17 septembre 2012 [assuré de 62 ans et quatre mois, indépendant pendant 30 ans, pour lequel une reconversion dans une activité salariée exercée sur le marché libre de l'économie a été considérée comme possible]). Cette conclusion s'impose avec d'autant plus de force que le TF, ainsi qu'il l'a souligné dans sa dernière jurisprudence, a érigé des barrières relativement élevées en matière d'inexploitabilité de la capacité de travail résiduelle des personnes plus âgées (SVR 2016 IV n° 58 c. 4.3.4; arrêt TF 8C\_678/2016 du 1<sup>er</sup> mars 2017 c. 3.6). Ainsi a-t-il notamment jugé exigible d'une personne assurée, âgée de 61 ans au moment déterminant du diagnostic et éloignée de quatre années précisément de l'âge de la retraite, d'abandonner son activité indépendante pour un emploi exercé, par exemple, en fabrique. Il a en outre précisé que cela serait aussi le cas si cette personne ne se trouvait qu'à trois ans et neuf mois de l'âge de la retraite (arrêt TF précité 8C\_678/2016 du 1<sup>er</sup> mars 2017 c. 3.2) - situation qui est précisément (à trois jours près) celle du recourant.

**6.3** Les critiques de l'assuré quant au calcul de son degré d'invalidité, singulièrement la détermination de son revenu de personne valide et

l'abattement à prendre en compte sur le revenu statistique d'invalide, s'avèrent en revanche fondées. D'une part, il se justifie en effet de s'écarter du revenu sans handicap de Fr. 89'240.- fixé par le SE à partir des indications fournies par l'entreprise familiale de décolletage où le recourant a travaillé jusqu'en 2009. Cette entreprise a en effet cessé toute activité à l'été 2015 et son inscription au registre du commerce (RC) ne persiste que pour protéger les intérêts des tiers (voir les indications incontestées à ce sujet figurant dans le recours, art. 4 p. 12). Il y a ainsi lieu de se référer au revenu statistique également calculé au passage par le SE dans son rapport du 22 décembre 2016 (ESS 2008, TA1, position 30-32 [fabrication d'équipements électroniques; mécanique de précision], hommes, moyenne des niveaux 1+2 [Fr. 8'616 x 12 = Fr. 103'392.-] et du niveau 3 [Fr. 6'229.- x 12 = Fr. 74'748.-] = Fr. 89'070.-). Ce montant fondé sur 40 heures hebdomadaires de travail en 2008 a été à juste titre adapté par le SE au temps de travail usuel en 2009 (valeur totale: 41.6 heures; voir les données y relatives disponibles sur le site internet [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), de sorte qu'il s'en dégage un revenu de Fr. 92'632.80 par an (moyenne arrondie par le SE à Fr. 92'633.- et dont la prise en compte à titre de revenu sans handicap n'a pas été exclue dans sa prise de position du 7 septembre 2017). Ce montant doit cependant être encore adapté à l'évolution des salaires (omise par le SE) jusqu'à l'année de révision 2009 ici déterminante pour la comparaison des revenus. Il en résulte un revenu annuel sans invalidité de Fr. 94'573.70 (indice des salaires nominaux, hommes, 2006-2010, valeur totale, 2008:105.0 et 2009:107.2, disponible à partir du lien internet précité [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)).

D'autre part, l'abattement de 15% consenti par le SE pour "désavantage salarial" (et déjà considéré par le SE comme "impératif") apparaît insuffisant au vu des nombreuses limitations fonctionnelles encourues et de l'âge du recourant qui, s'ils ne rendent pas inexigible une activité adaptée, ne facilitent en tout cas pas une réintégration dans le monde du travail (c. 6.1 supra). A cela s'ajoute le fait que le recourant s'est formé et a toujours travaillé (de 1976 à 2009) dans le domaine du décolletage, partant qu'il ne peut justifier d'une autre expérience de vie professionnelle, ni moins encore d'un autre type de formation. Il faut en outre tenir compte du fait que les emplois non qualifiés encore offerts à temps partiel ne lui permettront

en principe pas de percevoir un salaire identique à celui d'un salarié valide ("désavantage salarial" pris en compte par le SE). L'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier justifient dès lors d'admettre l'abattement maximal de 25% sur le salaire statistique d'invalidé admis par la jurisprudence du TF (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Au vu des calculs incontestés (et exacts) du SE, le revenu avec handicap indexé à 2009 et adapté au temps de travail usuel pour la même année (dernière adaptation non mentionnée par le SE, mais néanmoins prise en compte par lui), s'élève à Fr. 48'988.45 (ESS 2008, TA1, position totale, niveau 4, hommes, Fr. 4'806.- x 12, à 80%, x 107.2/105; x 41.6/40; pour ces deux dernières adaptations; voir les références au site internet indiquées ci-dessus; c. 6.3 supra). Avec un abattement de 25%, le revenu annuel d'invalidé se chiffre à Fr. 36'741.35 et, après comparaison avec le revenu de valide (Fr. 94'573.70), dégage un degré d'invalidité de 61.15%. Ce taux justifie en principe dès lors le maintien des trois quarts de rente du recourant au-delà du 28 février 2018.

**6.4** Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit cependant examiner encore si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPG) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPG), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant 15 ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt TF

9C\_920/2013 du 20 mai 2014 c. 4.4 avec références citées). Au cas particulier, le recourant a bénéficié d'une rente (entière, puis partielle) d'invalidité durant plus de 15 ans (du 1<sup>er</sup> septembre 1982 au 28 février 2018) et était en outre âgé de plus de 55 ans révolus au moment de la réduction de la prestation. Il appartient dès lors à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. L'intimé n'a pourtant nullement examiné la question de l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle. En l'état du dossier, il n'apparaît pourtant guère concevable que l'intéressé, éloigné depuis 2009 du marché du travail, puisse reprendre du jour au lendemain une activité lucrative sans bénéficier de telles mesures. Le fait que l'Office AI lui ait refusé le 24 mars 2016 des mesures professionnelles (dont il avait du reste lui-même demandé à deux reprises la mise en œuvre) ne remet nullement en cause ce constat. Ce précédent refus ne rendait en effet compte du potentiel de réadaptation de l'assuré qu'à un moment donné, ainsi qu'il en ressort d'ailleurs du contenu de la communication y relative de l'intimé ("Selon nos constatations, des mesures de réadaptation ne sont actuellement pas possibles"; dos. AI 137). La situation médicale à l'origine de cette communication était en outre alors influencée par plusieurs status post-opératoires (en particulier, une ténotomie du biceps gauche le 13 novembre 2014 et une PTG du côté gauche le 5 novembre 2015). Le refus précité ne préjugait ainsi en rien des futures possibilités de réadaptation du recourant.

**6.5** Il convient par conséquent de renvoyer le dossier à l'Office AI afin que celui-ci prenne les mesures nécessaires à la réintégration de l'assuré sur le circuit économique. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen que l'intimé pourra définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité du recourant et, le cas échéant, selon l'évolution de la capacité de gain du recourant, modifier le droit à la rente (voir arrêts TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 c. 7.3 et 9C\_920/2014 précité du 20 mai 2014 c. 4.5 avec référence citée).

**7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et les décisions contestées sont annulées. Le dossier est renvoyé à l'Office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**7.2** Les frais de la présente 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<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**7.3** Le recourant obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant représenté par une avocate, il a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le Tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 18 décembre 2018, 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, circulaire accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), sont fixés à un montant de Fr. 1'809.80 (honoraires: Fr. 1'612.-; débours: Fr. 68.40; TVA: Fr. 129.40).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et les décisions attaquées sont annulées. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire au sens des considérants et rende une 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. 1'809.80 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

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).