

200.2018.302.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 8 novembre 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 6 mars 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, titulaire d'une autorisation d'établissement, marié et père de deux enfants aujourd'hui majeurs et financièrement indépendants, a accompli une formation de décolleteur sanctionnée par un CFC. Il a travaillé en dernier lieu en tant que directeur commercial d'une société anonyme (SA) jusqu'en 2013 puis en tant que décolleteur auprès d'une autre société dès le 1^{er} septembre 2014. Les extraits du registre du commerce accessibles en ligne attestent de fonctions d'organe de l'intéressé, président du conseil d'administration dans la société créée en septembre 2014.

Le 21 mars 2012, à la suite d'une période d'incapacité de travail (totale, puis partielle) qui a débuté en novembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), sans mentionner d'atteinte à la santé. Lors d'un entretien qui s'est déroulé le 11 avril 2012 auprès de l'Office AI Berne, l'assuré a déclaré souffrir de douleurs lombaires, de 4 hernies discales et d'arthrose. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements médicaux du médecin traitant, de l'employeur, ainsi que de l'assureur-maladie perte de gain de ce dernier. Il a ensuite nié tout droit à des prestations par décision du 17 octobre 2012, confirmant une préorientation au contenu similaire datée du 5 septembre 2012.

B.

Après une nouvelle période d'incapacité de travail ayant débuté en octobre 2012 (à 50%), l'assuré a déposé une seconde demande de prestations de l'AI datée du 8 janvier 2013 (reçue par l'Office AI Berne le 15 janvier 2013), en invoquant une maladie (une sciatique, 4 hernies discales et de l'arthrose lombaire) présente depuis environ 20 ans, avec une nette aggravation au niveau cervical depuis 2011. Suite au dépôt de la demande, l'Office AI Berne a obtenu de nouveaux rapports médicaux de l'assureur-maladie

perte de gain, ainsi que des rapports radiologiques. Il a également sollicité des renseignements de l'employeur, du médecin traitant, des spécialistes orthopédiques consultés, de même que d'un centre de réadaptation médicale et neurologique. Le 14 juillet 2014, l'Office AI Berne a encore consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a délivré un rapport le 16 juillet 2014. Sur cette base, l'Office AI Berne a accordé une mesure d'intervention précoce à l'assuré (maintien au poste de travail) le 1^{er} septembre 2014. Il a finalement mis fin aux mesures professionnelles en date du 8 septembre 2015 après avoir sollicité l'avis d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et du médecin traitant.

C.

Le 26 octobre 2015, l'assuré a encore déposé une demande de prestations de l'AI après s'être trouvé une nouvelle fois en état d'incapacité de travail et ce à compter du 2 mai 2015. L'Office AI Berne a alors requis des rapports médicaux d'un centre hospitalier ainsi que du médecin traitant, avant de consulter le SMR, qui s'est prononcé le 26 avril 2016. Après avoir obtenu des rapports de chirurgie orthopédique ainsi que de neurologie, l'Office AI Berne a mis en œuvre une enquête pour "activité professionnelle et partenaire d'une SA". Un rapport a été établi à cet effet le 14 juillet 2016. Se fondant sur celui-ci, l'Office AI Berne a adressé une préorientation à l'assuré le 21 septembre 2016, lui allouant une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 30 novembre 2015. Suite aux objections formulées par l'assuré contre cet acte le 21 octobre 2016 (complétées le 15 décembre 2016 et le 13 janvier 2017 par son avocat), l'Office AI Berne a demandé un rapport au SMR et au service des enquêtes, qui se sont prononcés, le premier les 17 janvier et 18 mars 2017, le second le 18 janvier 2017. L'Office AI Berne a ensuite confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 6 mars 2018, en dépit de nouvelles objections formées contre cette dernière par l'assuré, toujours représenté, le 15 septembre et le 24 octobre 2017.

D.

Par mémoire de son avocat du 20 avril 2018, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en retenant les conclusions suivantes:

- "1. Annuler la décision attaquée;
2. Condamner l'intimé à verser au recourant les prestations découlant de la LAI, en particulier une rente d'invalidité postérieurement au 30 novembre 2015;
3. Le cas échéant, ordonner toutes mesures d'instruction utiles;
4. Subsidiairement, renvoyer le dossier de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants;
5. Sous suite de frais et dépens."

Dans sa réponse du 23 mai 2018, l'intimé a en substance conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Par envoi du 18 juin 2018, le recourant a maintenu ses conclusions et produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 6 mars 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie une demi-rente d'invalidité au recourant du 1^{er} octobre 2013 au 30 novembre 2015. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente plus élevée, en tout cas une rente continuant au-delà du 30 novembre 2015, de même que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par le recourant la force probante des rapports du SMR, ainsi que l'instruction lacunaire du dossier sur le plan médical et le plan économique.

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

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le 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 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, 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 équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3 Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois

déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

2.4 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 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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

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 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).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a accordé une demi-rente d'invalidité au recourant en admettant une invalidité de 50% depuis le 1^{er} octobre 2013. En se référant à une amélioration de l'état de santé à partir du 25 août 2015 (conduisant à une réduction du taux d'invalidité à 33%), il a limité l'octroi de la rente au 30 novembre 2015. Pour les détails, l'intimé a renvoyé au rapport du service des enquêtes du 14 juillet 2016. D'après ce document, dans l'activité de directeur commercial, le recourant produisait aussi des pièces en atelier et prenait les téléphones des clients ainsi que les commandes. Il ne travaillait dès lors pas uniquement au bureau. Selon le service des enquêtes, le recourant était occupé à raison de 10% de son activité pour les tâches de direction/d'administration et de 90% dans les travaux de décolletage. Selon ce rapport, il ne présentait par

ailleurs d'incapacité de travail que dans cette dernière activité et ce en proportion d'un taux de 35%, soit 32% après pondération en fonction des domaines d'activité. Adapté à l'horaire de travail du recourant (70 heures par semaine), il en est résulté un taux d'incapacité de travail pondérée de 54%. Pour la période courant dès l'expiration du délai d'attente d'une année à compter du dépôt de la demande, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité en comparant un revenu hypothétique sans invalidité calculé sur la base de la moyenne des revenus perçus en 2011 et 2012 (indexée à l'année 2013) avec un revenu d'invalidé représentant le 50% du revenu de valide (du fait d'un taux d'incapacité de travail fixé alors à 50%). Pour la période postérieure au 25 août 2015, l'intimé a soustrait d'un revenu sans invalidité calculé sur la moyenne des revenus des années 2011 et 2012 (indexée à l'année 2015), le 54% du salaire de l'employé engagé pour suppléer le recourant dans les travaux de décolletage, parvenant ainsi à un taux d'invalidité de 33%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. En renvoyant à la prise de position du service des enquêtes du 18 janvier 2017, l'intimé a encore ajouté que le taux d'incapacité de travail de 35% retenu par ce service allait en faveur de l'assuré. Il s'est finalement référé aux prises de position du SMR des 17 janvier et 18 mars 2017 pour affirmer que le recourant n'apportait pas d'élément nouveau au dossier et qu'une instruction médicale supplémentaire n'était dès lors pas justifiée.

3.2 Dans son recours du 20 avril 2018, le recourant critique l'instruction du dossier sur le plan médical et le plan économique. Il remet en question la force probante des rapports du SMR et en particulier celui du 18 mars 2017, affirmant que les conclusions de ce dernier sont contredites par les avis de son médecin traitant et de son chirurgien orthopédique. Il souligne en effet que, dans son rapport du 30 novembre 2016, le premier a retenu une capacité de travail de 60% dans les tâches administratives et de 20% dans les activités de décolletage au maximum, mentionnant en outre une péjoration de l'état de santé dès avril 2016. Le recourant rappelle que le second a pour sa part attesté une capacité de travail de 50% au minimum dans son écrit du 22 décembre 2016 et qu'il a soutenu, dans son rapport du 2 juin 2015, que cette capacité ne pourrait jamais être augmentée à plus de 50%. Le recourant relève en outre que le SMR s'est référé à un horaire de travail pour une personne salariée de 45 heures par semaine alors qu'il

travaillait au moins 70 heures chaque semaine. D'après lui, on ne saurait toutefois juxtaposer l'incapacité dans un emploi à 45 heures avec celle d'un emploi à 70 heures hebdomadaires, surtout lorsqu'il s'agit d'une problématique de perte de rendement. Sur le plan formel, il critique encore le caractère partial des rapports du SMR. Le recourant estime par ailleurs que l'intimé a minimisé son incapacité de travail pour les travaux de décolletage et soutient que celui-ci n'a pas tenu compte de la description concrète de son poste, ajoutant qu'il est en réalité occupé à 43% de son temps de travail à des activités inadaptées pour lesquelles il présente des limitations fonctionnelles dans le sens de celles retenues par le SMR. Sur cette seule base, après pondération en fonction des champs d'activité, il en résulte selon lui un taux d'invalidité de 40%, justifiant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2015. Le recourant demande ainsi que le profil d'exigibilité du poste de travail soit établi de façon concrète. Enfin, il mentionne que le rapport du service des enquêtes a pris en considération un taux standard d'incapacité de travail de 35% sans se fonder sur aucun avis médical et affirme aussi que la détermination de ce service, du 18 janvier 2017, est insoutenable car basée sur les conclusions erronées du SMR.

4.

4.1 Le rejet, le 17 octobre 2012, de la demande de prestations du 21 mars 2012 se fonde essentiellement sur la situation telle que le médecin traitant l'a décrite dans ses rapports établis depuis mars 2012. Ainsi, le 5 mars 2012, il a retenu les diagnostics de cervicalgie grave sur hernie discale et trouble dégénératif. Il a expliqué que le recourant était physiquement limité dans beaucoup de mouvements mais qu'aucune limitation concernant les charges n'existait, précisant toutefois que les mouvements répétitifs et les positions assise et debout prolongées étaient dérangeantes. Il a indiqué qu'à terme et après la fin du traitement, le recourant devrait cependant pouvoir reprendre le travail. Une incapacité de travail à 100% a été attestée à partir du 21 février 2012 (auparavant à 100% dès le 14 novembre 2011 avec une reprise du travail à 50% prévue le 16 janvier 2012). Dans son rapport du 14 mai 2012, le médecin traitant a

posé le diagnostic de hernies discales, cervicales et lombaires depuis 2009, en mentionnant une lente amélioration au niveau des douleurs mais la persistance d'une incapacité fonctionnelle partielle des membres supérieurs. D'après ce médecin, une reprise du travail à 100% était alors envisageable dès juin 2012. Dans un nouveau rapport, du 15 août 2012, il a posé le diagnostic de cervicalgies et de diminution de la force des membres supérieurs, confirmant une légère amélioration. Il a cependant mentionné que la répétition prolongée des mouvements causait beaucoup de fatigue et qu'il s'ensuivait une diminution du rendement. Le médecin a toutefois déclaré que le recourant pouvait continuer d'exercer son activité.

4.2 Après le dépôt de la demande de prestations du 8 janvier 2013, l'intimé a essentiellement recueilli les documents suivants.

4.2.1 Dans un rapport du 7 décembre 2012, le médecin traitant a fait état d'une rechute survenue le 1^{er} octobre 2012 et retenu le diagnostic de hernies discales cervicales et lombaires. Il a mentionné que le recourant ne pouvait soulever des charges de plus de 5 kg, rester en position assise pendant plus de 20 minutes, porter des charges, marcher plus de 2 km, demeurer debout plus de 15 minutes et occuper une activité plus de 4 heures. Dans un rapport du 26 février 2013, il a retenu les diagnostics de hernies discales C5-6 et de protrusions C3/4, C4/5 et C6/7. Il a aussi fait état d'une péjoration de la situation douloureuse. Il a précisé que le recourant présentait des restrictions physiques en raison des douleurs mais aussi psychiques (sur la concentration). Selon ce médecin, le rendement était alors fortement diminué. Un travail à 50% a été jugé exigible et une incapacité de travail à 50% a été attestée à partir du 26 février 2013. Le 6 juin 2013, il a indiqué que l'état de santé demeurait inchangé et a confirmé l'incapacité de travail à 50% pour une durée indéterminée.

4.2.2 Du fait d'une forte limitation de la mobilité, due à la douleur, le recourant a séjourné dans un centre de réadaptation médicale et neurologique du 15 janvier au 20 février 2013. Dans le rapport établi à cet effet le 8 mars 2013, le diagnostic principal de déconditionnement physique avec des limitations de la mobilité, une diminution de la force et une restriction de l'autonomie en raison de la douleur ainsi qu'en présence de sévères cervicalgies chroniques a été retenu. Le rapport mentionne

notamment qu'une évaluation du profil de performance cognitif a été effectuée et qu'elle a révélé que le recourant présentait une réduction moyennement grave à grave des facultés de la mémoire verbale, une attention sélective et une légère diminution de l'entrain, dont la cause était vraisemblablement liée à la douleur et à une symptomatique dépressive.

4.2.3 Après que le médecin traitant avait indiqué, le 23 septembre 2013, que l'état de santé demeurait inchangé, le recourant a consulté un chirurgien d'un centre pour la chirurgie orthopédique. Dans le rapport de celui-ci, du 19 novembre 2013, les diagnostics de cervicobrachialgie persistante à gauche, de discopathie C5/6 et de soupçon d'hémisyndrome sensitif à gauche ont été retenus. Ce spécialiste a recommandé la pose d'une prothèse de disque intervertébral et mentionné que l'incapacité de travail de 50% devait certainement persister. L'opération a été réalisée le 11 décembre 2013 (dos. AI 56/7; décompression et prothèse C5/6), lors d'une hospitalisation du 10 au 14 décembre 2013 dans un service orthopédique. Selon le rapport établi à cette occasion, le diagnostic d'une cervicobrachialgie à gauche avec une discopathie C5/6 a été posé, de même que les diagnostics secondaires de soupçon d'un hémisyndrome sensitif à gauche et de hernie hiatale, notamment. Une incapacité de travail à 100% du 10 décembre 2013 au 22 janvier 2014 a été attestée. Le 18 mars 2014, le chirurgien orthopédique a rédigé un nouveau rapport dans lequel il a posé les diagnostics de status après une décompression et la pose d'une prothèse C5/6 en décembre 2013, de même que de soupçon d'un hémisyndrome sensitif à gauche. Une incapacité de travail à 100% du 1^{er} janvier au 31 mars 2014 a été attestée, puis à 50% du 1^{er} au 23 avril 2014, le recourant devant être ensuite entièrement capable de travailler.

4.2.4 Le médecin traitant s'est encore exprimé le 30 mai 2014 et a déclaré que l'état de santé du recourant s'était amélioré, seules des douleurs résiduelles post-opératoires étant rapportées. Le médecin a ajouté que le pronostic était favorable à terme, attestant toutefois une incapacité de travail à 50% pour une durée indéterminée.

4.2.5 Un spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR s'est ensuite prononcé dans un rapport du 16 juillet 2014. Il y a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de status après décompression et

prothèse du disque intervertébral C5/6 en présence d'une protrusion discale C3 à C7. S'agissant des limitations fonctionnelles, le spécialiste a déclaré que le recourant présentait une résistance réduite de la colonne vertébrale cervicale. Il a en outre expliqué que le profil d'exigibilité ne pouvait être déterminé, les caractéristiques de l'activité exercée en tant que directeur commercial (voire décolleteur) étant inconnues. Un examen de ces dernières sur le lieu de travail a par conséquent été recommandé.

4.2.6 Le 2 juin 2015, le chirurgien orthopédique ayant opéré le recourant a retenu, en plus de ses précédents diagnostics, celui de rupture partielle articulaire substantielle du tendon sus-épineux de l'épaule gauche, non dominante, suite à la réalisation d'une arthrographie de cette dernière. Une physiothérapie a par conséquent été conseillée. Le chirurgien a ajouté que la capacité de travail du recourant était limitée, celle-ci n'ayant jamais pu être augmentée à plus de 50% malgré les importants efforts du recourant. D'après ce rapport, le recourant devrait parvenir à une résistance accrue dans des activités légères impliquant des changements de position.

4.3 Enfin, l'Office AI a recueilli les pièces principales suivantes, après la demande de prestations du 26 octobre 2015.

4.3.1 Dans un rapport d'un centre hospitalier, du 4 mai 2015, le diagnostic d'abcès périanal intersphinctérien à 6 heures a en particulier été posé. Il en ressort que le recourant a subi l'ablation de ce dernier le 3 mai 2015 après s'être présenté au service des urgences de l'hôpital, ce le 27 mars 2015. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 8 au 24 août 2015 puis à 50% jusqu'au 5 octobre 2015 (voir aussi dos. AI 79.2/2, 85/6 et 94/8). D'après un rapport établi par ce même centre le 18 juin 2015, le recourant a encore subi deux interventions (ambulatoirement) le 17 juin 2015 et le 7 octobre 2015 (dos. AI 85/2). Le 8 janvier 2016, le centre a indiqué que le recourant ne présentait pratiquement plus aucune douleur, seul un problème d'incontinence étant relevé. Il a ainsi été mis fin au traitement.

4.3.2 Un chirurgien orthopédique du centre pour la chirurgie orthopédique précité a délivré un rapport le 15 janvier 2016. En plus des diagnostics déjà reconnus par les spécialistes de cet établissement, il a posé celui d'uncarthrose C3/4 à gauche avec sténose foraminale. Il a expliqué que

des douleurs persistaient au niveau de la nuque avec une diffusion interscapulaire surtout dans le bras gauche, jusqu'aux doigts, ajoutant qu'une infiltration réalisée environ 3 semaines auparavant avait (temporairement) conduit à une sensible amélioration (voir dos. AI 102/10). Le 26 janvier 2016, le chirurgien a précisé que le recourant présentait un problème combinant la nuque ainsi que les épaules et il a spécifié que les cervicobrachialgies constituaient le problème principal. Il a pratiqué une nouvelle infiltration le 29 janvier 2016 (dos. AI 102/9) et recommandé des examens neurologiques. Ceux-ci ont été réalisés lors d'une hospitalisation du 9 février au 2 mars 2016, sans qu'aucune déficience neurologique ne soit décelée (dos. AI 102/2 et 102/4 ss).

4.3.3 Le médecin traitant du recourant s'est adressé à l'intimé le 22 février 2016 et a mentionné que l'état de santé du recourant s'était dégradé. Il a retenu le diagnostic de cervicalgies graves avec paresthésie du bras gauche et fait état de douleurs ainsi que de difficultés dans le travail. Aucune incapacité de travail n'a cependant été attestée. L'activité a été jugée exigible mais seulement à temps partiel.

4.3.4 Le SMR s'est prononcé le 26 avril 2016 par un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Il a principalement retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de syndrome cervico-vertébral vs cervico-spondylogène sur troubles dégénératifs (diagnostic différentiel: syndrome douloureux chronique généralisé avec prédominance rachidienne cervicale et lombaire ainsi que dans les avant-bras et les mains des deux côtés), de lésion du tendon du sus-épineux gauche avec rupture partielle, de même que de fistule anale à 6 heures avec un abcès périanal. Le spécialiste du SMR a retenu que le recourant était 100% capable de travailler dans la profession de directeur commercial et expliqué qu'il pouvait assumer à plein temps une activité légère s'exerçant en position changeante, sans port de charge loin du corps, ni travail au niveau des épaules. Il a ajouté que ce profil était valable de janvier à décembre 2013, d'avril à mai 2015, puis dès octobre 2015. Il a encore indiqué qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle objectivée qui justifierait une incapacité de travail significative de longue durée au-delà de celle devant

être reconnue après les interventions chirurgicales. Selon lui, aucune investigation supplémentaire n'était par ailleurs nécessaire.

4.3.5 Suite au rapport du service des enquêtes et aux objections du recourant contre la préorientation du 21 septembre 2018, le spécialiste du SMR s'est encore déterminé le 17 janvier 2017. Il a alors confirmé ses diagnostics. Il a toutefois relaté qu'en tant que le recourant travaillait à 90% comme décolleteur et n'accomplissait pas que des activités légères, le profil d'exigibilité découlant du rapport du 26 avril 2016 devait être revu. Le spécialiste a ainsi conclu qu'une activité légère à moyennement lourde s'exerçant en position debout et/ou de marche, parfois en position assise, était exigible à 100% avec une diminution de rendement de 20%, les activités lourdes devant être déléguées ou effectuées à plusieurs et le travail au niveau des épaules, le port de charge loin du corps, de même que les positions fixes en flexion du tronc, en position agenouillée, accroupie ou en position fixe de flexion de la colonne cervicale n'étant pas exigibles, de même que les travaux sur échelles ou échafaudages.

4.3.6 De son côté, le service des enquêtes a expliqué, le 18 janvier 2017, que le taux d'incapacité de 35% pris en compte dans son rapport du 14 juillet 2016 favorisait le recourant, en comparaison du profil d'exigibilité retenu en dernier lieu par le SMR. Il a dès lors confirmé le taux d'incapacité de travail pondérée de 32% ressortant de ce document. Il a aussi signalé que l'écart était minime et aboutissait en tous les cas à un refus de rente.

4.3.7 Le 18 mars 2017, le SMR a encore pris position sur un rapport du médecin traitant du 30 novembre 2016 adressé au mandataire du recourant. Il a indiqué que ce document n'apportait pas de nouveau diagnostic et a avancé que la dégradation de l'état de santé (dès avril 2016) avancée dans cet écrit n'était pas crédible, aucune limitation fonctionnelle objective n'étant décrite. Pour la même raison, le spécialiste du SMR a indiqué que les taux d'incapacité de travail retenus par le médecin traitant (40% dans les tâches administratives et 80% pour le décolletage) ne faisaient pas sens. Le spécialiste du SMR s'est aussi référé à un rapport du 22 décembre 2016 du chirurgien orthopédique du recourant adressé à l'avocat de ce dernier, selon lequel le chirurgien estime que la capacité de travail du recourant est, selon les examens radiologiques, d'au

moins 50% et que, malheureusement, il ne peut fournir aucun indice de maladie qui permet de soutenir la demande de prestations. A ce propos, le SMR a rappelé que ce chirurgien a attesté une capacité de travail de 100% après un délai de réhabilitation habituel suite à l'opération de 2013 et qu'il a rapporté que ni le neurologue, ni un hôpital universitaire sollicité pour une seconde opinion n'ont révélé de nouveaux éléments objectifs.

5.

5.1 Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR. Pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont une valeur probante comparable à celle d'autres expertises (SVR 2018 IV n° 4 c. 3.2, 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135

V 465 c. 4.4 à 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.2

5.2.1 En l'occurrence, l'intimé a fondé sa décision sur les rapports du SMR des 26 avril 2016 (par renvoi au rapport du service des enquêtes du 14 juillet 2016, voir dos. AI 105/2), 17 janvier et 18 mars 2017. Ceux-ci ont été établis par un spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie dont les qualifications ne sauraient être remises en question. En outre, contrairement au point de vue du recourant (voir art. 18 du recours), il ne ressort pas de ces documents que ce spécialiste a usé d'un ton agressif à l'endroit de l'avocat du recourant. Le document litigieux prétend certes que l'avocat n'a pas compris le rapport du chirurgien orthopédique du 22 décembre 2016 (voir dos. AI 129/4, 131/5 et 131/8). Cette assertion est toutefois défendable puisque le chirurgien a estimé que pour une activité légère en position changeante, semblable au travail qu'il effectue, son patient peut être sollicité au moins à 50% ("einsetzbar, mindestens 50%") et que le mandataire a écrit, le 13 janvier 2017, que le chirurgien orthopédique "n'atteste qu'une capacité de travail de 50% pour les activités légères permettant des changements de position" (dos. AI 126/1 et 3). Quand bien même il a échappé au spécialiste du SMR que le commentaire de l'avocat pouvait avoir deux significations différentes (capacité d'au maximum 50% ou capacité de 50%, ou plus, mais seulement dans des activités légères en position changeante), la remarque du spécialiste du SMR n'est pas de nature à remettre en cause son impartialité (voir ATF 125 V 351 c. 3b/ee in fine). Au surplus, force est de reconnaître que les rapports des 26 avril 2016, 17 janvier et 18 mars 2017 ont été établis en pleine connaissance du dossier (voir dos. AI 129/2 et 100/2), qu'ils décrivent le contexte médical de façon compréhensible, prennent en compte les avis du médecin traitant ainsi que du chirurgien orthopédique du recourant et qu'ils reposent sur une étude fouillée des points litigieux importants. Les conclusions du spécialiste du SMR sont par ailleurs

motivées. Partant, sur le plan formel, ces rapports satisfont aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents. C'est dès lors à tort que le recourant soutient le contraire dans son recours.

5.2.2 D'un point de vue matériel, dans son rapport du 26 avril 2016, le spécialiste du SMR a retenu de manière cohérente (au vu de l'état du dossier à cette date), que le recourant était apte à travailler à 100% dans la profession de directeur commercial et qu'une activité légère s'exerçant en position changeante était exigible à 100% sans limitation de rendement, le port de charge loin du corps, de même que le travail au niveau des épaules étant toutefois exclus (dos. AI 100/4). Il a en effet avancé de façon probante que les rapports du médecin traitant des 26 février, 6 juin et 23 septembre 2013 mettent en exergue un tableau douloureux mais aucun déficit fonctionnel objectif qui justifierait une incapacité de travail à 50% de longue durée. Il a aussi précisé de manière pertinente que les hernies discales mentionnées par ce médecin n'étaient pas de nature à induire un syndrome radiculaire, que ces dernières n'ont pas expressément motivé l'opération du 11 décembre 2013 (voir c. 4.2.3) et que le chirurgien orthopédique qui a pratiqué cette intervention a attesté que le recourant allait recouvrer une capacité de travail à 100% à la suite de celle-ci (soit environ 4 mois plus tard). Par ailleurs, en tant que le spécialiste du SMR a écrit que le rapport de ce chirurgien, du 2 juin 2015 (qui conclut que la capacité de travail du recourant est limitée parce qu'elle n'a jamais pu être augmentée à plus de 50%), n'était en revanche pas crédible dès lors qu'aucune limitation fonctionnelle objective n'y est décrite, celui-ci suit un raisonnement logique et convaincant. De la même manière, le spécialiste du SMR a encore souligné à raison qu'aucune lésion objective susceptible d'expliquer un syndrome lombaire-radiculaire n'a été illustrée par IRM (absence de tumeur, de hernie discale, de kyste, de canal lombaire étroit ou de sténose foraminale; dos. AI 48/2) et qu'aucun signe de spondylarthrite ou d'un déficit neurologique n'a non plus été décelé. Finalement, il a rappelé à juste titre que les chirurgiens ayant traité la fistule anale ont attesté une capacité de travail de 100% au-delà du 5 octobre 2015 (dos. AI 100/5). On ne voit rien non plus à redire à l'adaptation du profil d'exigibilité opérée par le SMR dans son écrit du 17 janvier 2017, après que celui-ci avait pris connaissance du rapport du service des

enquêtes, ni aux remarques émises dans ce premier document ainsi que dans celui du 18 mars 2017, en particulier lorsque le spécialiste du SMR souligne que la péjoration de l'état de santé avancée par le médecin traitant, le 30 novembre 2016, n'est étayée par aucun élément objectif (voir dos. AI 125/2) et qu'il soutient que l'évaluation de la capacité de travail de ce médecin pour les tâches administratives et de décolletage ne peut par conséquent être suivie. Cette conclusion du SMR s'avère d'autant plus juste qu'avant d'attester une capacité de travail réduite à 20% pour les activités physiques (notamment de décolletage), ainsi qu'il l'a fait dans son rapport du 30 novembre 2016 produit dans le contexte des objections du recourant contre la préorientation du 21 septembre 2016, ce médecin a d'abord attesté (entre 2012 et 2014) que son patient présentait une capacité de travail de 50% (voir c. 4.2.1 et 4.2.4), avant de retenir enfin, le 22 février 2016 et sans plus de précisions, que l'activité exercée était exigible mais à temps partiel seulement (voir c. 4.3.3). C'est aussi de façon congruente que le spécialiste du SMR a avancé que le chirurgien orthopédique n'a pas objectivé de nouvelle atteinte à la santé accompagnée de limitations fonctionnelles dans son rapport du 22 décembre 2016 (voir dos. AI 126/2). C'est le lieu de relever également que le point de vue du chirurgien, à mesure qu'il conclut à une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité légère similaire à celle exercée et permettant des changements de position, ne va pas à l'encontre de celui du SMR (qui a retenu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%, voir dos. AI 129/6). De plus, ce chirurgien a expressément réservé l'appréciation de l'intimé quant à la capacité de travail effective du recourant, expliquant que celle-ci ne pouvait être établie que par une instruction supplémentaire de la part des organes de l'AI (voir dos. AI 126/3). Finalement, on doit aussi admettre, avec le spécialiste du SMR, que puisque l'hôpital universitaire et le neurochirurgien sollicités par le chirurgien orthopédique pour une seconde opinion n'ont pas objectivé d'élément pouvant engendrer des limitations fonctionnelles, aucun motif ne permet de remettre en cause la conclusion de ce chirurgien, selon laquelle il n'existe pas d'indice d'une atteinte pouvant étayer une opposition contre l'AI (voir dos. AI 126/3). Partant, au vu de tout ce qui précède, les rapports du SMR des 26 avril, 17 janvier et 18 mars 2017 sont cohérents,

convaincants et exempts de contradiction, si bien qu'il convient de leur accorder une pleine valeur probante.

6.

Sur le fond, il sied d'abord de relever que l'octroi au recourant d'une demi-rente d'invalidité (au moins) pour la période allant du 1^{er} octobre 2013 au 30 novembre 2015 n'est pas litigieux. Sur la base du dossier, rien ne permet d'ailleurs de remettre ce droit en cause, bien que l'invalidité de 50% résulte d'une appréciation (généreuse) du service des enquêtes en comparaison de celle du SMR (fluctuations dues aux périodes opératoires; cpr dos. AI 105/2 et 100/5 et 6). Quant à sa durée, le début du droit à la rente accordée a correctement été fixé au 1^{er} octobre 2013, puisque ce mois, le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (voir c. 2.2, modification notable par rapport à l'état prévalant au refus de prestations du 17 octobre 2012; voir récapitulation des attestations d'incapacité de travail, dos. AI 105/2) et qu'à cette date, la période de six mois dès sa demande de prestations du 8 janvier 2013 était échue (art. 29 al. 1 LAI). La limitation de la rente est motivée par une amélioration de l'état de santé à partir d'août 2015 (réopération anale) aboutissant à un degré d'invalidité inférieur à 40% et conduisant à la suppression de la rente après le 30 novembre 2015 (voir c. 2.3).

7.

7.1 Dans la décision attaquée, pour la période postérieure à l'octroi de la demi-rente, l'intimé a évalué le taux d'invalidité du recourant en appliquant la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. A juste titre, le choix de cette méthode n'a pas été contesté (voir art. 19 du recours). En effet, le recourant exerce une activité lucrative indépendante et exploite, avec son frère, une entreprise que ceux-ci ont fondé ensemble en 2014 (seulement). Il a par ailleurs confié qu'en bonne santé, il travaillerait aussi en qualité d'indépendant dans le secteur du décolletage.

Le recourant a par ailleurs engagé un employé supplémentaire pour le remplacer dans les travaux de décolletage (voir dos. AI 105/2 et art. 8 du recours). Dans ces circonstances, il s'avérerait difficile et peu fiable de déterminer le taux d'invalidité en comparant le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 LPG; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). C'est donc à bon droit que la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité a été appliquée (voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] I 230/04 du 30 novembre 2004 c. 2.5 et TF 9C_147/2014 du 9 mai 2014 c. 7.2.1).

7.2 Selon la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité et lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus hypothétiques d'une activité lucrative, il convient, dans un premier temps, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 28a al. 2 LAI), de déterminer l'empêchement provoqué par l'atteinte à la santé dans le cas d'espèce sur la base d'une comparaison des activités. Cet empêchement doit ensuite être pondéré en vue de déterminer ses conséquences sur la capacité de gain. Si une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, tel n'est pas nécessairement le cas (ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2c). La méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité ne représente pas une sous-variante de la méthode générale de comparaison des revenus, car elle s'applique à tous les cas dans lesquels même une évaluation hypothétique du revenu provenant d'une activité lucrative n'est pas possible. Par conséquent, une comparaison des revenus n'entre pas en ligne de compte lors de l'appréciation économique. En vue de cette appréciation économique, il faut bien plus déterminer et pondérer entre elles les différentes activités, puis évaluer l'empêchement subi dans chacune d'entre elles. A cet égard, il convient de se fonder sur les valeurs les mieux adaptées au cas concret, telles que les estimations disponibles auprès des associations professionnelles spécifiques à la branche (ATF 128 V 29 c. 4a

à c). Enfin, il convient de procéder selon la formule élaborée à l'ATF 128 V 29 c. 4c.

7.3 Au cas particulier, l'intimé, par son service des enquêtes, a retenu que le recourant exerçait deux champs d'activité et assumait ainsi, d'une part, des tâches de direction et d'administration, de même que, d'autre part, des travaux de décolletage en atelier. L'intimé a retenu que le recourant était occupé à raison de 10% de son temps de travail dans le premier domaine d'activité et à raison de 90% dans le second. Le recourant ne conteste pas cette partie de l'évaluation (voir art. 19 du recours). En revanche, ses critiques portent sur le handicap retenu, s'agissant des travaux de décolletage.

7.3.1 Le recourant prétend tout d'abord que le taux d'incapacité de travail (non pondérée) de 35% dans cette activité, retenu par le service des enquêtes, ne ressort d'aucune pièce médicale et il soutient qu'en tant que l'incapacité de travail est une notion médicale, elle aurait dû être appréciée par un médecin (voir art. 19 du recours et dos. AI 123/2). En l'espèce, la capacité de travail du recourant dans chacun des champs d'activité a effectivement été arrêtée par un spécialiste des enquêtes (dos. AI 105/6), qui n'est pas médecin. Cette façon de procéder ne saurait toutefois être critiquée. En effet, s'il incombe d'abord au médecin d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats, 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 à cet égard, 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; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1; voir aussi dos. AI 130/2). Cela étant, le grief du recourant est infondé.

7.3.2 Le recourant critique encore le refus du SMR de prendre en compte l'horaire effectif du recourant, de 70 heures hebdomadaires (voir art. 17 s. du recours et dos. AI 131/4). En l'occurrence, s'il est vrai qu'en principe l'AI ne propose, en tant qu'assurance d'incapacité de gain, une protection que pour une activité professionnelle habituelle et normale, il n'en demeure pas moins que la pratique considère également comme tel – sans considération du temps nécessaire ou du rendement – le revenu provenant d'heures supplémentaires régulièrement effectuées ainsi que celui tiré d'une activité accessoire ou d'une activité lucrative indépendante. La prise en compte d'une activité professionnelle normale signifie donc que seuls sont considérés comme revenus de valide ceux déjà perçus alors que la personne était en bonne santé et qu'elle continuerait de percevoir si elle n'avait pas subi de détérioration de son état de santé. Il n'est dès lors pas exclu, en principe, de prendre en compte dans la comparaison de revenus de très hauts revenus perçus avant la survenance de l'atteinte à la santé en raison notamment d'un taux d'activité durablement supérieur à la moyenne (SVR 2016 UV n° 26 c. 4.2, 2011 IV n° 55 c. 4.5.2). La critique du recourant est dès lors justifiée. Partant, l'avis du SMR, selon lequel le recourant présente une diminution de rendement de 20% en fonction d'un horaire de 45 heures par semaine (dos. AI 131/4) doit être réinterprété juridiquement, en ce sens que la perte de rendement se monte en fait (pour un tel horaire) à 31,11% ($(70 \times 20) : 45$). Ce taux est du reste très proche du taux d'incapacité de travail pondérée de 32% arrêté par le service des enquêtes. Ce dernier est en outre plus favorable au recourant et conduit néanmoins à un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir un droit à une rente, comme ce service l'a évoqué (dos. AI 130/3). C'est le lieu de mentionner que l'AI ne peut pas assurer des performances exceptionnelles, par exemple, sur le plan physique, celles fournies par un jeune assuré jusqu'à la fin de sa vie active. Est seule déterminante pour l'AI la part qui découle du handicap.

7.3.3 Le recourant s'en prend encore au taux d'incapacité de travail (nul) retenu par le service des enquêtes, s'agissant des activités de direction et d'administration, en soulignant que sa capacité de travail dans ce domaine

est évaluée à "60% au maximum" par son médecin traitant (voir dos. AI 146/4 et 123/2). En l'espèce, comme évoqué, le point de vue exprimé par ce médecin dans son rapport du 30 novembre 2016 n'est en rien étayé, qu'il s'agisse du taux lui-même mais aussi de la péjoration invoquée de l'état de santé du recourant, ainsi que le SMR l'a justement relevé dans son rapport du 17 janvier 2017 (voir c. 5.2.2). De plus, au regard du profil d'exigibilité retenu par le SMR, l'évaluation de la capacité de travail par le service des enquêtes est cohérente. En effet, les tâches administratives et de direction (gestion, organisation, acquisition, personnel, offres, commandes, facturation, comptabilité, relations publiques, téléphones de clients, voir dos. AI 105/4) sont des activités légères. Or, puisque le profil permet l'exercice ponctuel de ces activités en position assise, celui-ci n'est en rien incompatible avec ces dernières, à un taux de 10% et pour un horaire hebdomadaire de 70 heures (voir aussi dos. AI 131/5 et 146/2). Partant, en tant que le recourant conteste disposer d'une capacité de travail entière dans les activités de direction et d'administration, il ne peut être suivi. Il convient finalement de signaler à cet égard qu'à mesure où le rapport du service des enquêtes conclut de façon logique et convaincante à l'absence de tout empêchement dans ces activités, c'est à juste titre que ce service n'a pas recherché les données salariales les concernant.

7.4 Enfin, s'agissant de la valeur probante du rapport du service des enquêtes (voir à ce sujet: ATF 140 V 543 c. 3.2.1, 130 V 61 c. 6.2), il convient de relever que celui-ci consacre une appréciation concrète de la capacité de travail (soit en fonction des tâches à effectuer) par rapport au profil médical probant retenu par le SMR. Il se fonde sur les observations recueillies en toute connaissance du dossier médical (en particulier des avis du SMR) par le spécialiste des enquêtes, qui a notamment tenu compte des déclarations du recourant avant d'évaluer les empêchements affectant ce dernier (perte de rendement/réduction de l'horaire de travail). La conclusion du spécialiste des enquêtes, d'après laquelle le recourant présente une capacité de travail de 35% (avant pondération) dans les activités de décolletage repose dès lors sur davantage que le seul profil médical général. En outre, conformément à la jurisprudence et à l'inverse du point de vue trop catégorique du SMR (voir c. 7.3.2), l'enquête apprécie ces empêchements au vu d'un horaire de travail de 70 heures par semaine.

A ce sujet, il sied de relever que le spécialiste des enquêtes a admis que cet horaire était effectif avant la survenance de l'invalidité. Aussi, les avis livrés par le médecin traitant, d'une part, et par le chirurgien orthopédique, d'autre part, ont été pris en considération par le SMR, dont les rapports étaient également connus du spécialiste des enquêtes, comme déjà relevé. De plus, les empêchements invoqués par le recourant, fondés sur la description du poste produite à sa demande par l'employeur (signée par le 3^{ème} membre du conseil d'administration de la société, hormis le recourant et son frère; voir dos. AI 146/2 s. et 151/3 s.), constituent précisément la raison pour laquelle le service des enquêtes a conclu à un taux d'incapacité de travail plus important que celui évalué par le SMR pour les activités de décolletage (voir dos. AI 105/4). Ce taux est de surcroît peu éloigné de celui dont se prévaut le recourant, s'agissant des tâches ne correspondant pas au profil d'exigibilité du SMR (soit 43%), si on considère que ce profil n'interdit pas en tant que tels ces travaux mais spécifie qu'ils ne doivent pas être accomplis de façon répétée.

7.5 Enfin, on ne saurait non plus critiquer le calcul appliqué par l'intimé pour arrêter le taux d'invalidité (voir c. 3.1), selon lequel du revenu hypothétique du recourant sans invalidité a été déduite la charge que représente le salaire de l'employé destiné à compenser l'exécution des tâches que le recourant n'est plus en mesure de mener à bien (à raison de 54% d'un horaire statistique; voir dos. AI 105/4 s.). En procédant de la sorte, l'intimé prend non seulement en compte l'horaire de travail du recourant de 70 heures hebdomadaires, comme relevé ci-avant, mais il adopte en outre un raisonnement cohérent et adapté à la situation concrète du recourant. A l'inverse, le calcul proposé par ce dernier (voir art. 19 du recours) repose sur les avis non probants de son médecin traitant et de son chirurgien orthopédique (voir c. 5.2.2), si bien qu'il ne saurait être suivi.

8.

8.1 Au vu de tout ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimé a octroyé une demi-rente d'invalidité au recourant à partir du 1^{er} octobre 2013

mais limitée au 30 novembre 2015, dans sa décision du 6 mars 2018. Le recours doit par conséquent être rejeté.

8.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à C._____.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).