

200.2018.769.AI / 200.2018.770.AI / 200.2018.781.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 8 juin 2020

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 trois décisions de ce dernier du 21 septembre 2018
(rentes du recourant et de ses enfants C. _____ et D. _____)



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, divorcé et père de quatre enfants (nés en 1987, 1989, 1996 et 1999) est entré en Suisse en 1979. Sans formation, il a travaillé dans plusieurs entreprises en tant qu'ouvrier, avant d'exercer en dernier lieu la profession de technicien de systèmes d'incendie à 100%, emploi qu'il a perdu après le licenciement émanant de son employeur mettant fin aux rapports de travail pour le 31 décembre 2013. L'assuré a obtenu le soutien des services sociaux dès mars 2015.

Par un formulaire daté du 2 mars 2014 (reçu le 5 mars 2014 par l'Office AI Berne) et dans le contexte d'une période d'incapacité de travail ayant débuté le 28 janvier 2013 (tout d'abord à 100%, puis à 50% dès le 18 mars 2013 et à nouveau à 100% dès le 22 octobre 2013), l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en mentionnant souffrir d'une maladie, à savoir d'une affection de la colonne lombaire.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis des renseignements des médecins traitants, de même qu'obtenu le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie du dernier employeur. Il a en outre demandé des informations à ce dernier, de même qu'à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva), avant de recevoir un rapport d'expertise d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie mandaté par l'assureur perte de gain. Ensuite, l'Office AI Berne a sollicité des rapports du département de chirurgie orthopédique d'une clinique privée ayant pris en charge le recourant, de même que reçu un écrit d'un chirurgien spécialiste de la main. Par décision du 13 mai 2016, l'Office AI Berne a alors nié tout droit à des mesures professionnelles, confirmant une préorientation au contenu identique datée du 18 mars 2016. L'Office AI Berne a ensuite requis des rapports d'opération et de sortie d'un centre

hospitalier, puis demandé l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est prononcé le 22 septembre 2016. Sur cette base, l'Office AI Berne a adressé une préorientation du 15 mai 2017 à l'assuré, d'après laquelle étaient accordés un quart de rente du 1^{er} novembre 2014 au 31 janvier 2015, une rente entière du 1^{er} février au 30 novembre 2015, un quart de rente du 1^{er} mars au 31 mai 2016, ainsi qu'une rente entière du 1^{er} juin au 30 septembre 2016. Du fait des objections formulées le 8 juin 2017 par l'assuré, désormais représenté par un avocat, contre cette préorientation et après avoir rejeté la requête d'assistance judiciaire déposée par l'intéressé, par acte du 8 septembre 2017, l'Office AI Berne a recueilli un nouveau rapport du SMR, du 3 novembre 2017. Il a finalement confirmé sa préorientation par décision du 21 septembre 2018. A la même date et dans des décisions séparées, l'Office AI Berne a alloué des rentes pour les enfants du recourant nés en 1996 et 1999.

C.

Par mémoire de son avocat du 18 octobre 2018, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en retenant des conclusions qu'il a (partiellement) adaptées le 22 octobre 2018, après avoir été rendu attentif au fait que trois décisions avaient été rendues (deux enfants et non un seul):

"Préalablement

1. Déclarer le présent recours recevable.

Principalement

2. Annuler les deux [*recte*: trois] décisions de [l'intimé] du 21 septembre 2018.
3. Accorder une rente entière d'invalidité [au recourant] avec effet rétroactif et pour une durée indéterminée.
4. Accorder les prestations invalidité à [l'enfant du recourant né en 1999] dans la même mesure.
5. Accorder les prestations invalidité à [l'enfant du recourant né en 1996] dans la même mesure.

Subsidiairement

6. Annuler les deux [*recte*: trois] décisions de [l'intimé] du 21 septembre 2018.

7. Ordonner et mettre directement en œuvre une expertise pluridisciplinaire externe (médecine interne, rhumatologie, chirurgie orthopédique).
8. Nommer les médecins suivants en qualité d'experts, à savoir [une médecin interniste, une rhumatologue et un chirurgien orthopédique désignés nommément], ou ce que justice connaîtra.
9. Ordonner et mettre directement en œuvre une expertise quant au caractère objectivement réalisable d'une éventuelle activité exigible.
10. Nommer le centre d'orientation professionnelle E. _____ en qualité d'expert, ou ce que justice connaîtra.
11. Accorder une rente d'invalidité [au recourant] en tenant compte des résultats des expertises ordonnées.
12. Accorder les prestations invalidité à [l'enfant du recourant né en 1999] dans la même mesure.
13. Accorder les prestations invalidité à [l'enfant du recourant né en 1996] dans la même mesure.

Plus subsidiairement encore

14. Annuler les deux [*recte*: trois] décisions [de l'intimé] du 21 septembre 2018.
15. Renvoyer la cause [à l'intimé] pour nouvelle instruction.
16. Ordonner la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire externe.
17. Ordonner la mise en œuvre d'une expertise quant au caractère objectivement réalisable d'une éventuelle activité exigible.

En tout état de cause

18. Avec suite de frais judiciaires et dépens."

Dans le délai prolongé qui lui a été accordé pour déposer sa réponse, l'intimé, après s'être adressé au SMR, a requis la production de deux documents de la part du recourant. Cette réquisition a été admise par ordonnance du 23 novembre 2018. Le recourant a communiqué le contenu du premier de ces écrits le 26 novembre 2018 et produit, en même temps, une copie du second. Dans sa réponse du 21 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et versé au dossier un rapport du SMR du 4 décembre 2018. Par réplique du 14 janvier 2019, le recourant a confirmé ses conclusions. L'intimé en a fait de même dans une duplique du 1^{er} février 2019. L'avocat du recourant a produit sa note d'honoraires le 8 février 2019, avant d'être renseigné sur l'état de la procédure le 3 juin 2019. Enfin, il a déposé un rapport médical le 17 janvier 2020, sur lequel l'intimé s'est déterminé le 22 janvier 2020.

En droit:

1.

1.1 A l'inverse des indications qui ressortent du recours (p. 1 in fine, p. 2 ch. I.C § 3, p. 9 ch. II.28 § 2 et p. 12 ch. III.4) et ainsi que le recourant l'a précisé le 22 octobre 2018 à la demande du TA (ch. 3.2 de l'ordonnance du 19 octobre 2018), les trois décisions du 21 septembre 2018 (concernant le recourant et ses deux enfants nés en 1996 et 1999) représentent l'objet de la contestation; elles ressortissent au droit des assurances sociales et octroient un quart de rente au recourant du 1^{er} novembre 2014 au 31 janvier 2015 et du 1^{er} mars au 31 mai 2016, une rente entière du 1^{er} février au 30 novembre 2015 et du 1^{er} juin au 30 septembre 2016, de même que des rentes correspondantes pour enfants. L'objet du litige porte sur l'octroi de rentes entières d'invalidité rétroactivement et pour le futur, subsidiairement, sur l'annulation des décisions et le renvoi de la cause à l'intimé pour que soit mise en œuvre une expertise judiciaire médicale pluridisciplinaire et une professionnelle sur l'exigibilité (à confier aux médecins et au centre professionnel désignés par le recourant ou à dire de justice), de même que, plus subsidiairement, sur l'annulation des décisions et le renvoi de la cause à l'intimé pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire et professionnelle sur l'exigibilité. Sont particulièrement critiqués la force probante des rapports du SMR, le point de vue de l'intimé selon lequel l'intéressé dispose d'une capacité de travail (médico-théorique) résiduelle exploitable sur le marché du travail, ainsi que le fait que l'intimé n'ait pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé jusqu'à la date de la décision entreprise.

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

1.2 Dans sa duplique, l'intimé a prié le TA d'examiner si les propos du mandataire du recourant (qui a notamment reproché à l'intimé d'avoir agi de façon "peu intelligente" et écrit que ce dernier était "tellement <à l'agonie> dans [...] ce dossier") justifient le prononcé d'une amende, au sens de l'art. 46 de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA, RSB 155.21), qui dispose, entre autre, qu'est passible d'une telle sanction disciplinaire quiconque enfreint les convenances au cours de la procédure. En l'espèce, s'il est vrai que l'argumentation de l'avocat du recourant est présentée dans un ton critique appuyé contre l'intimé (dont il a en particulier jugé la position "illégal" et empreinte d'un "manque de sérieux" [ch. II.21, III.3 in fine et III.6 du recours]), ces écarts de langage, dans le contexte d'une procédure judiciaire contentieuse, bien que perturbant la discussion au fond, ne sauraient pour autant être considérés comme des infractions évidentes aux règles de la convenance, impliquant le renvoi des écrits de l'intéressé aux fins d'être corrigés (voir art. 33 LPJA) ou une amende disciplinaire (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *Kommentar zum bernischen VRPG*, 1997, art. 46 n. 4 et 7).

1.3 En tant que titulaire de la rente principale, le recourant a qualité pour contester les trois décisions rendues le 21 septembre 2018 par l'intimé (voir ordonnance du 19 octobre 2018; art. 35 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; ATF 142 V 226 c. 6, 134 V 15 c. 2.3.3), ces actes ayant été notifiés à des adresses différentes de celle du recourant, du fait que ses enfants ne sont pas domiciliés avec lui. Ce dernier, représenté par un mandataire dûment constitué, ne nécessite dès lors pas une procuration de la part de ses enfants. Au surplus, interjeté en temps utile, dans les formes prescrites et auprès de l'autorité de recours compétente, 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 LPJA).

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 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

2.2.1 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.

2.2.2 Lorsque le droit à la rente est supprimé du fait de l'abaissement du taux d'invalidité et que l'assuré présente, dans les trois ans qui suivent cette suppression, à nouveau une invalidité suffisante pour rouvrir son droit à la rente, l'art. 29^{bis} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) prévoit que le délai d'attente déjà encouru lors de la première demande est imputé sur la période d'attente d'une année que lui impose l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

2.2.3 Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

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 RAI). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans

interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (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 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 les décisions attaquées, l'intimé a accordé des rentes échelonnées et limitées dans le temps au recourant, pour lui et ses enfants (voir c. B et 1.1), en expliquant que la capacité de travail de ce dernier était considérablement restreinte depuis janvier 2013 mais que, depuis cette date, l'exercice de l'activité habituelle était exigible à 90% avec une diminution de rendement de 20% (du fait d'un besoin de pauses augmenté), à l'exception de périodes juste antérieures ou ayant fait suite aux interventions chirurgicales subies (soit du 1^{er} novembre 2013 au 31 mars 2014, du 1^{er} novembre 2014 au 28 février 2015, du 1^{er} mai au 31 août 2015 et du 1^{er} mars au 30 juin 2016) durant lesquelles le recourant présentait une incapacité de travail totale. L'intimé a ensuite calculé le taux d'invalidité en comparant les revenus avec et sans l'invalidité. Il a ainsi fixé le taux d'invalidité à 100% du 1^{er} janvier (échéance du délai d'attente) au

31 mars 2014, à 28% du 1^{er} avril au 31 octobre 2014, à 100% du 1^{er} novembre 2014 au 28 février 2015, à 28% du 1^{er} mars au 30 avril 2015, à 100% du 1^{er} mai au 31 août 2015, à 28% du 1^{er} septembre 2015 au 29 février 2016, à 100% du 1^{er} mars au 30 juin 2016 et enfin à 28% dès le 1^{er} juillet 2016. L'intimé a aussi précisé avoir déterminé le degré d'invalidité suite à la reprise de l'invalidité en fonction de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente précédemment écoulé et d'après l'incapacité de gain subsistant alors.

3.2 Dans son recours, l'intéressé a reproché à l'intimé d'avoir retenu qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée avec une perte de rendement de 20% sur la seule base du rapport du SMR du 22 septembre 2016 (qui est, selon lui, contredit par les autres avis médicaux au dossier et dénué de toute valeur probante) et alors même que l'intimé avait refusé d'allouer des mesures professionnelles faute de capacité de travail. Le recourant a soutenu que la décision entreprise ne tenait pas compte de la réalité médicale ainsi que de tous les symptômes physiques et psychiques le rendant totalement invalide pour une durée indéterminée. En particulier, il a relevé que l'intimé n'avait pas tenu compte du rapport du 5 juin 2018 du rhumatologue traitant, selon qui il aurait subi une aggravation de son état de santé sur le plan rhumatologique, de même que suite à une opération de bypass (gastrique) en février 2018, de sorte qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise. Le recourant a par ailleurs critiqué la force probante du rapport du SMR du 3 novembre 2017 (en l'attribuant à tort à la gestionnaire du dossier AI ayant donné le mandat au SMR), de même que le fait que l'intimé n'ait pas organisé une expertise pluridisciplinaire externe à l'administration. Il a aussi contesté qu'une activité correspondant au profil d'exigibilité déterminé par le SMR existe sur le marché du travail, au vu de son âge, de son niveau de formation et de ses capacités d'adaptation dans une autre profession, reprochant à l'intimé de n'avoir pas concrétisé l'activité exigible et de se focaliser uniquement sur une capacité de travail résiduelle médico-théorique. Le recourant a déclaré que les avis médicaux produits permettaient de conclure à une aggravation de son état de santé, de même qu'au constat d'une incapacité de travail à 100% dans n'importe quelle activité, même adaptée, si bien qu'une rente (et des rentes pour enfants) entières devaient lui être allouées

avec effet rétroactif et pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il a demandé l'organisation d'une expertise judiciaire et proposé (nommément) trois experts.

3.3 Dans sa réponse et sa duplique, l'intimé a essentiellement écrit que le SMR avait évalué l'ensemble des documents médicaux à plusieurs reprises et de manière détaillée, en particulier aussi les rapports des 5 juin et 16 octobre 2018 du rhumatologue traitant. Il a mentionné que le 4 décembre 2018, le SMR avait conclu que ces appréciations n'apportaient pas de nouveaux éléments et qu'une instruction complémentaire n'était pas justifiée. L'intimé a défendu la valeur probante des rapports du SMR et nié la nécessité d'organiser une expertise pluridisciplinaire. De plus, il a expliqué que, sur un marché du travail équilibré, il pouvait être attendu du recourant qu'il exerce une activité correspondant au profil d'exigibilité, notamment une tâche de surveillance ou de contrôle. Selon lui, l'âge de l'intéressé ne constituait pas un obstacle à la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle (51 ans au moment où le SMR avait défini le profil d'exigibilité), pas plus que son statut d'étranger en Suisse et ses capacités linguistiques, le recourant ayant du reste exercé diverses activités depuis 1983. L'intimé a en outre expliqué qu'en consultant une nouvelle fois le spécialiste du SMR, il avait répondu à son obligation d'instruire le dossier et complété l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations. Par ailleurs, il a souligné que le SMR était fondé à se prononcer sans examen personnel du recourant, dès lors que l'état de fait était complet sur le plan médical. Le 22 janvier 2020, l'intimé s'est enfin exprimé sur l'écrit du 14 janvier 2020 produit par le recourant et a confirmé la force probante des rapports du SMR

3.4 Dans sa réplique, le recourant a remis en cause la valeur probante du rapport du SMR du 4 décembre 2018 et rétorqué que ce service avait inventé une amélioration de son état de santé et la date à laquelle elle serait soudainement survenue, alors que ses médecins avaient continué de confirmer que sa situation, après le 1^{er} octobre 2016, était la même que celle du 1^{er} juin au 30 septembre 2016, à savoir qu'il présentait alors une incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité. Il a en outre critiqué le manque d'impartialité du spécialiste du SMR, lié à l'intimé,

reprochant à ce dernier d'avoir consulté le même spécialiste pour se prononcer quant au recours, au lieu d'un médecin neutre et indépendant. Le recourant a encore confirmé que ses problèmes de santé s'étaient aggravés et écrit qu'il subissait une perte de rendement non pas de 20% mais de 80% au moins.

4.

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). En l'espèce, bien que la nouvelle prise de position du SMR du 4 décembre 2018 ait suivi la décision contestée, il doit être pris en considération dans la présente procédure, puisqu'il est de nature à influencer l'appréciation au moment où cette décision a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Partant, il est aussi résumé ci-après, parmi les éléments médicaux déterminants figurant au dossier (voir c. 4.3). En revanche, il en va différemment du rapport du 14 janvier 2020 produit par le recourant le 17 janvier 2020, qui porte exclusivement sur des faits postérieurs à l'acte entrepris.

4.1 Un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie du SMR a délivré un rapport médical le 22 septembre 2016 et retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de syndrome lombo-vertébral, ainsi que d'omarthrose gauche symptomatique en détaillant leur évolution clinique et thérapeutique. Il a estimé que le premier de ces éléments limitait de manière évidente la mobilité du rachis lombaire dans les inclinaisons et dans la flexion, la capacité de travail ainsi que le rendement étant dès lors réduits. Quant au second diagnostic, il a relevé que le recourant portait une hémi-prothèse qui impliquait également des limitations fonctionnelles. Parmi les autres diagnostics repris des documents au dossier, le spécialiste a exclu la présence de toute autre atteinte pouvant induire des limitations fonctionnelles objectives. Il a ensuite relaté que le dossier

permettait de déduire que suite à deux opérations, le recourant était en mesure de contrôler ses douleurs au dos.

4.1.1

4.1.1.1 S'agissant de l'affection au dos, il ressort en l'occurrence du dossier que le rhumatologue traitant a adressé le recourant à un spécialiste en chirurgie orthopédique (ci-après: l'orthopédiste traitant), le 8 juillet 2013, en avançant que son patient présentait une anamnèse de lombalgies de longue date et en précisant qu'il avait néanmoins toujours fonctionné normalement et pratiqué le sport à hautes doses, en particulier la musculation (ayant pris des dérivés stéroïdiens durant de longues périodes). L'orthopédiste traitant a alors posé le diagnostic de problème douloureux lombaire accentué à droite, local et invalidant, en présence d'une anomalie de transition lombo-sacrée de type Castellvi Ila, ainsi que d'une spondylose érosive L3/L4 et d'une discopathie significative L4/L5, ce dans un rapport du 21 août 2013 (voir aussi dos. AI 21/20 s.). Il a expliqué que le recourant se plaignait de douleurs dorsales depuis un accident de la route en 1994 (le premier épisode de douleurs en lien avec la maladie étant toutefois survenu en 1985, d'après un écrit du 11 juin 2013 établi par un médecin d'un hôpital régional consulté le 28 janvier 2013; voir aussi dos. AI 18.1/13 et 21/20), qui s'étaient accentuées après une chute sur du verglas en décembre 2012 (dos. AI 21/14, 21/17 et 21/19). Selon le rapport rédigé par le rhumatologue traitant à l'attention de l'intimé le 25 mars 2014, en raison de ses problèmes lombaires, le recourant subissait des restrictions physiques du fait de douleurs importantes aggravées au moindre effort, de même qu'en position debout prolongée. Ce médecin a estimé que l'activité exercée n'était plus exigible et a exclu une reprise de celle-ci, voire une amélioration de la capacité de travail, attestant une incapacité de travail à 50% du 21 janvier au 21 octobre 2013, puis à 100% depuis lors. Des infiltrations réalisées les 8 mars, 26 juin et 3 septembre 2013 (dos. AI 21/16 et 21/19) n'ayant pas permis d'atténuer durablement les douleurs (dos. AI 13/1 et 21/23), à l'instar d'une prise en charge physio-thérapeutique/ostéopathique (dos. AI 21/14) et l'orthopédiste traitant ayant encore identifié une instabilité lombaire (dos. AI 21/13 et 21/11 s.) ainsi qu'une surcharge des articulaires postérieures, de même que dans la région lombaire basse, une

opération a été pratiquée le 19 novembre 2013 (spondylodèse de correction latérale L2/L3, L3/L4, L4/L5 et spondylodèse dorsale L2-S1; voir dos. AI 21/10 s.). Cette intervention a conduit à une nette amélioration au niveau des douleurs (dos. AI 12/1). Cet effet n'a cependant pas perduré, l'orthopédiste traitant ayant attesté une recrudescence de celles-ci dans un écrit du 25 février 2014. La même évolution a été rapportée le 17 avril 2014 au sein de l'établissement hospitalier déjà précédemment consulté, à savoir que le syndrome lombo-vertébral avait (dès janvier 2013) fait l'objet d'un consilium de quatre spécialistes pour aboutir à l'opération de novembre 2013, des lombalgies (toutefois nettement diminuées par rapport à la période préopératoire) persistant encore mais faisant l'objet d'un traitement antalgique et par physiothérapie. Le spécialiste hospitalier se référait à l'évaluation de la capacité de travail et au pronostic du chirurgien opérateur pour l'affection lombaire et relevait que depuis février 2014, le patient signalait une recrudescence de douleurs à l'épaule gauche. La reprise d'une activité et une amélioration de la capacité de travail ont en revanche été envisagées par l'orthopédiste traitant. Dans un rapport du 28 avril 2014 de ce médecin, dans lequel celui-ci a confirmé son précédent diagnostic, il a encore été souligné que le recourant continuait d'éprouver des douleurs mais qu'il allait un peu mieux et qu'il avait retrouvé une meilleure mobilité (ne parvenant cependant pas à se pencher complètement et à porter des charges de plus de 10-15 kg). Ce médecin a retenu que le recourant ne pourrait plus exercer de travaux lourds à l'avenir et a conseillé une évaluation des perspectives professionnelles par l'AI. De son avis, le recourant allait progressivement pouvoir reprendre une activité sans port répétitif de charges de plus de 10-15 kg et en positions changeantes, mais d'abord à temps partiel. Il a néanmoins attesté une incapacité de travail à 100% en la justifiant par le fait que son patient avait perdu son dernier emploi. Le 19 août 2014, en dirigeant son patient vers un autre chirurgien orthopédiste à raison de l'épaule gauche, le rhumatologue traitant a aussi constaté que le problème dorsal du recourant était en bonne voie, ce qu'a encore confirmé l'orthopédiste traitant, qui a rapporté, le 19 mars 2015, que le recourant était satisfait des résultats de l'opération et qu'il n'éprouvait plus de douleurs (voir aussi dos. AI 36.1/3).

4.1.1.2 Le 28 novembre 2015 (après l'opération de l'épaule; voir c. 4.1.1.3), l'orthopédiste traitant a toutefois signalé que même si les douleurs du recourant avaient significativement diminuées comparativement à la situation ayant précédé l'opération du dos, il ressentait encore des douleurs tenaces et accrues du côté des lombaires inférieures droites et lombo-sacrées. Ce problème était mis en relation avec un relâchement des vis. L'infiltration pratiquée le 25 novembre 2015 (dos. AI 59/3) n'ayant amélioré la situation que durant deux à trois semaines, selon un rapport du 20 janvier 2016 et des douleurs lombo-sacrées surgissant, selon le recourant, au moindre effort (notamment en marchant en terrain irrégulier et en demeurant plus de 5 à 10 minutes debout ou assis de manière prolongée), l'orthopédiste a constaté une lyse osseuse au niveau du segment L5/S1. Sur la base de radiographies, une nouvelle intervention (spondylodèse L5/S1, voir dos. AI 71/5) a été conseillée et une incapacité de travail à 100% a été attestée. D'après un rapport de sortie d'un centre hospitalier, du 30 mars 2016, dans lequel le diagnostic de pseudarthrose L5/S1 a surtout été retenu, l'opération a été pratiquée le 22 mars 2016, lors d'une hospitalisation du 21 au 25 mars 2016 (voir le rapport d'opération du 31 mars 2016). Dans un écrit du 24 mai 2017, l'orthopédiste traitant a mentionné que l'opération avait permis une diminution conséquente des douleurs du côté droit.

4.1.1.3 Quant au diagnostic d'omarthrose gauche symptomatique, retenu par le spécialiste du SMR dans son rapport de synthèse du 22 septembre 2016, il a été retenu pour la première fois au dossier dans un écrit du 20 mars 2014 d'un chirurgien orthopédique du centre hospitalier déjà mentionné (omarthrose centrée de l'épaule gauche), dans lequel il estimait toutefois qu'une intervention de pose de prothèse, pouvant réduire les douleurs et améliorer la mobilité, n'était pas indiquée. Le 17 avril 2014, un collègue du précédent spécialiste a confirmé, pour l'intimé (voir déjà c. 4.1.1.2), le diagnostic d'omarthrose gauche centrée invalidante sur status après un accident en 1984 et status post-opération de l'épaule gauche (depuis 1985 mais décompensé depuis février 2014). Il a précisé que les douleurs chroniques à l'épaule gauche avaient été activées à partir de février 2014. Le rhumatologue traitant a également constaté une arthrose importante à cette épaule et a adressé son patient à un autre spécialiste en

chirurgie orthopédique le 19 août 2014, en mentionnant que le recourant présentait des douleurs progressives à l'épaule depuis de très nombreuses années suite à un accident et que cette problématique était accompagnée d'une limitation importante. Il a préconisé la mise en place d'une prothèse (voir aussi dos. AI 48/3, 52/2, 53/2 et 62/2). De même, à la demande de l'assureur perte de gain du dernier employeur, un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie a réalisé une expertise le 1^{er} octobre 2014 et rédigé ses conclusions le 7 octobre 2014. Il a alors notamment posé les diagnostics d'omarthrose à l'épaule gauche et de status après une luxation traumatique du coude gauche en 1984. Il a ajouté qu'une arthroplastie totale était susceptible de diminuer les douleurs, voire de les faire disparaître, si bien que le recourant pourrait reprendre une activité adaptée (sédentaire ou semi-sédentaire, avec possibilité de positions alternées, sans port de charges de plus de 10 kg ou soulèvement de charges supérieures à 5 kg avec le membre supérieur gauche, n'impliquant pas de se pencher en avant ou en porte-à-faux, ni des mouvements répétitifs de l'épaule gauche ou une mobilité de celle-ci au-delà de l'horizontal). Le pronostic a été jugé favorable. Finalement, en raison de la persistance des douleurs chroniques dues à l'omarthrose, une hémiprothèse de l'épaule gauche a été implantée au recourant le 7 mai 2015 par le dernier chirurgien orthopédique consulté, selon un rapport d'opération du 11 mai 2015. Le 1^{er} juillet 2015, ce spécialiste a précisé qu'avec une telle prothèse, aucun travail lourd ne pouvait plus être exigé, ni aucune activité impliquant le port de charges de plus de 5 kg, des mouvements répétés au-dessus de la tête et de l'abdomen, seule une activité légère étant ainsi envisageable. Dans un écrit du 9 septembre 2015, ce spécialiste a encore indiqué qu'il ne pourrait se prononcer sur la capacité de travail du recourant qu'après une période postopératoire de 6 mois (voir aussi dos. AI 62/2).

4.1.2 Cela étant, dans son rapport du 22 septembre 2016, le spécialiste du SMR a retenu que l'ancienne activité était exigible à 90% (sans port de charges de plus de 10 à 25 kg), avec une diminution de rendement de 20% en terme d'un besoin de pauses accru (du fait de l'immobilisation du segment lombaire). Ce profil a été jugé valable en dehors des périodes d'incapacité de travail, autour et après les interventions subies, soit de

novembre 2013 à fin mars 2014 (première opération du dos), de novembre 2014 à fin février 2015 (le recourant ayant en effet subi une opération du coude et du poignet gauche le 18 novembre 2014, voir dos. AI 39/3), de mai à fin août 2015 (hémi-prothèse de l'épaule), ainsi que de mars à fin juin 2016 (deuxième opération du dos). Au surplus, le spécialiste du SMR a écrit qu'une activité légère (impliquant une limitation du port de charges à 10 kg) exercée en positions changeantes était exigible en tout temps à 100% avec une diminution de rendement de 20%.

4.2 Suite aux objections du recourant du 8 juin 2017 contre le préavis, le spécialiste du SMR s'est encore prononcé le 3 novembre 2017. Après avoir confirmé ses diagnostics, il a réfuté le point de vue défendu alors par le recourant, selon lequel ce dernier présenterait une incapacité totale de travail, même dans une activité adaptée et pour une durée indéterminée. Le spécialiste du SMR a écrit que cet avis s'opposait à celui du spécialiste en chirurgie orthopédique ayant opéré l'assuré à l'épaule et qu'il n'était pas confirmé par les rapports des médecins traitants, ainsi que par ceux de l'hôpital régional ayant pris en charge le recourant. Le spécialiste du SMR a aussi souligné que l'expertise du 7 octobre 2014 ne s'écartait de ses conclusions que sous l'angle de l'exigibilité parce qu'elle ne tenait pas suffisamment compte des caractéristiques du dernier emploi exercé. Il a ainsi déclaré que son précédent avis n'était pas remis en cause par les pièces médicales nouvellement versées au dossier. Enfin, il a nié que la réalisation d'une expertise soit indiquée.

4.3 Le SMR s'est finalement prononcé le 4 décembre 2018, toujours par le même spécialiste. Celui-ci s'est alors exprimé sur des rapports du rhumatologue traitant du 5 juin 2018 ainsi que du 16 octobre 2018.

4.3.1 Dans le premier document, le rhumatologue traitant a en particulier expliqué que le recourant, qu'il n'avait plus vu depuis avril 2016, l'avait consulté le 4 mai 2018 du fait de douleurs rachidiennes et surtout lombaires, aggravées à la suite d'une opération de bypass en février 2018. Ce médecin a ajouté que la perte de 29 kg et la fonte musculaire avaient certainement joué un rôle dans la réapparition des douleurs. Il a aussi écrit qu'il lui était très difficile d'évaluer la capacité de travail, l'estimant à environ 50% dans une activité adaptée ne sollicitant pas la colonne vertébrale et

les épaules (par exemple une activité à temps partiel dans un EMS, comme accompagnant).

4.3.2 Quant au rapport du 16 octobre 2018, le rhumatologue traitant y a consigné que le recourant avait présenté une évolution favorable suite à ses opérations et qu'il n'avait plus été consulté pendant près de deux ans. Il a toutefois répété que le bypass en février 2018 avait entraîné la réapparition des douleurs lombaires et de l'épaule gauche. Il a ainsi jugé qu'aucune activité n'était compatible avec les problèmes du recourant et qu'une réinsertion professionnelle semblait difficile à envisager, conseillant une réévaluation multidisciplinaire, dans l'idée d'une rente AI à 100%.

4.3.3 Le spécialiste du SMR a estimé à ce propos que la capacité de travail de 50%, attestée par ce médecin le 5 juin 2018, n'était pas motivée et que le rapport du 16 octobre 2018 ne démontrait aucune dégradation de l'état de santé. Le spécialiste du SMR a aussi expliqué que ces documents n'illustraient aucune nouvelle atteinte à la santé et aucune limitation fonctionnelle justifiant une modification du profil d'exigibilité (notamment aucune complication au niveau du dos ou de la ceinture scapulaire, de même qu'aucun déficit neurologique). Il a ajouté que la perte de poids due au bypass avait rendu nécessaire une physiothérapie de renforcement musculaire mais qu'un déconditionnement musculaire ne pouvait engendrer de limitation fonctionnelle durable, le recourant ayant de toute manière eu suffisamment de temps pour stabiliser sa musculature. Le spécialiste a conclu que les douleurs étaient dues à des atteintes objectives, à savoir l'anomalie de transition lombo-sacrée, les troubles dégénératifs lombaires et l'arthrose dans la ceinture scapulaire, que ces affections relèvent de ses compétences en tant qu'interniste/rhumatologue et qu'il maintenait le profil d'exigibilité défini précédemment.

5.

Il sied d'examiner la question de la force probante des rapports du SMR.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant

tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.3 En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur les rapports du SMR des 22 septembre 2016 et 3 novembre 2017. Quoi qu'en dise le recourant (ch. II.15 et II.23 du recours), ces documents ont été établis en pleine connaissance du dossier, décrivent le contexte médical de façon compréhensible et tiennent compte des avis des médecins traitants ainsi que des spécialistes consultés. De plus, ils reposent sur une étude fouillée des points litigieux importants et prennent en considération les plaintes du recourant. Les conclusions du spécialiste du SMR (qui a la même spécialisation que le rhumatologue traitant et dispose donc en tout cas des qualifications suffisantes pour rédiger des rapports de synthèse, voir ch. 15 de la réponse et ch. 13 de la duplique) sont motivées, ont été retenues après un examen des diagnostics évoqués et des limitations fonctionnelles, de même que de leur évolution, décrite par les médecins traitants, ce tant par rapport au dernier emploi que par rapport à un emploi adapté de façon encore plus optimale. Certes, ainsi que le recourant l'a souligné, ce spécialiste ne l'a pas examiné personnellement (ch. II.23 § 3 s., II.27 § 3 et III.3 du recours). Néanmoins, sur la base des données fournies par les pièces au dossier, le SMR était en mesure de se faire une image exhaustive de la situation médicale (le recourant ne prétend d'ailleurs pas que le spécialiste du SMR aurait omis de prendre en considération certaines pièces médicales), de même que d'apprécier cette dernière, sans avoir à procéder à un examen personnel du recourant (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). En outre, le seul fait que ce spécialiste soit dans un rapport de subordination avec l'intimé ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une apparence de prévention (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). C'est donc en vain que le recourant soulève par principe l'argument du manque d'indépendance du spécialiste du SMR, sans démontrer de lacune ou erreur matérielle entachant l'appréciation de ce dernier et laissant apparaître un doute quant à son impartialité (en ce sens: ATF 125 V 351 c. 3b/ee, du reste cité par le recourant, voir ch. III.5 du recours). Ces considérations valent aussi quant à l'évaluation des rapports

du rhumatologue traitant des 5 juin et 16 octobre 2018 (ch. 5 de la réplique). Le spécialiste du SMR, qui a suivi l'évolution du cas (voir ch. 8 de la réponse), était en effet le mieux à même d'apprécier aussi ces deux écrits. Partant, sur le plan formel, les rapports précités satisfont aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents. A noter encore que le recours fait allusion à des troubles psychiatriques qui ne sont absolument pas attestés au dossier par aucun des médecins intervenants. Du reste, le recourant lui-même ne requiert aucun volet psychiatrique pour l'expertise pluridisciplinaire qu'il estime incontournable. Rien ne justifierait par conséquent des investigations psychiatriques.

5.4

5.4.1 D'un point de vue matériel, hormis la critique selon laquelle le bypass n'a pas été pris en compte dans la décision attaquée, force est de constater que le recourant ne remet, à juste titre, pas en cause les diagnostics posés par le SMR (dos. AI 75/6-8 et 95/4). Ceux-ci constituent en effet une synthèse complète des diagnostics retenus au dossier jusqu'à la date de la décision par les praticiens consultés (voir dos. AI 21/2, 21/19, 21/23, 34/1, 36.1/6, 69/2 et 71/2). S'agissant de l'opération de bypass gastrique en février 2018 (ch. II.19, II.25 du recours et PJ 5), pour laquelle le SMR, dans sa prise de position du 4 décembre 2018 jointe à la réponse au recours, nie toute influence sur le profil d'exigibilité précédemment défini, il sied d'abord de signaler que, contrairement à ce qu'il prétend (ch. II.27 du recours), le recourant ne l'a mentionnée qu'à l'occasion de son recours. Singulièrement, même en possession, dès mars 2018, des copies des communications de la décision prévue aux deux caisses de compensation interpellées successivement, il n'en a pas fait état dans la correspondance que son avocat a adressée le 4 mai 2018 à l'une des caisses de compensation (avec copie à l'intimé), par laquelle il annonçait déjà un futur recours. Par ailleurs, les écrits du rhumatologue traitant des 5 juin et 16 octobre 2018, produits avec le recours notamment à l'appui de la détérioration prétendument inhérente au bypass, décrivent essentiellement des plaintes subjectives signalées le 4 mai 2018 par le recourant d'augmentation des douleurs lombaires irradiant dans les régions

dorsales et cervicales depuis une perte pondérale d'une trentaine de kilos. Dans le document du 5 juin 2018, en réponse aux questions posées par l'avocat du recourant (voir courrier du 30 mai 2018), ce médecin a d'ailleurs écrit (sans se référer au problème du bypass et après avoir relevé qu'il n'avait plus vu son patient depuis avril 2016 en raison d'une évolution favorable de l'état de santé), qu'il était "très difficile" de s'exprimer quant à la capacité de travail résiduelle. Il a en outre apprécié cette dernière avec réserve, jugeant qu'elle "pourrait être évaluée à 50% environ, dans une activité adaptée [...]" (PJ 5). Par ailleurs, ce médecin, en préconisant un traitement antalgique et par physiothérapie, s'est limité à retenir que la perte de 29 kg et la fonte musculaire du recourant avaient "certainement joué un rôle dans la réapparition des douleurs". Dans la lettre du 16 octobre 2018 à l'intention de l'avocat, le rhumatologue traitant réitère ses précédentes évaluations et ajoute que le patient évite le plus possible les médicaments. A cet égard, il sied d'emblée de mentionner que le SMR était déjà parfaitement conscient de la nécessité d'un renforcement musculaire dans sa synthèse du 22 septembre 2016. Il faut en outre le suivre lorsqu'il explique de façon convaincante qu'un tel reconditionnement, qui n'équivaut pas à une limitation fonctionnelle objective et durable, ne fait pas obstacle à ce qu'une capacité de travail soit reconnue, ce d'autant plus lorsqu'une perte de rendement est concédée (p. 7 du rapport du SMR du 4 décembre 2018). De même, ainsi que le spécialiste du SMR l'a aussi évoqué, les deux écrits du rhumatologue traitant apparaissent contradictoires, en tant que celui du 5 juin 2018 retient que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, alors que le second, du 18 octobre 2018 (postérieur à la décision attaquée), exclut une quelconque capacité de travail. Par conséquent, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir prononcé la décision entreprise, s'agissant de l'absence d'influence de l'opération de bypass sur le profil d'exigibilité et l'évaluation de la capacité de travail.

5.4.2 Toujours sur le plan matériel, le recourant ne critique pas le profil d'exigibilité retenu en tant que tel (ch. III.9 du recours). Ce dernier a en effet été établi en tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles objectives dues, d'une part, au syndrome lombo-vertébral, puis aux spondylodèses subies et, d'autre part, à l'omarthrose gauche existant de

longue date mais ayant fait l'objet d'une prothèse mise en place le 7 mai 2015. S'agissant plus spécifiquement des douleurs au dos, c'est à raison que le spécialiste du SMR, sur la base des pièces au dossier, a retenu qu'entre les périodes opératoires (et le déconditionnement après le bypass), elles ne jouaient pratiquement plus de rôle, ni après l'opération de novembre 2014 (c. 4.1.1.1) ni après celle de mars 2016 (c. 4.1.1.2 et rapport du rhumatologue traitant cités au c. 5.4). Le profil exclut aussi de manière probante toute limitation fonctionnelle découlant des affections au coude et au poignet gauches, avant et après la période opératoire (autour du 18 novembre 2014; dos. AI 39/3).

5.4.3 Le recourant s'en prend en revanche à l'évaluation du degré de la capacité de travail, ainsi que de la perte de rendement. Tout d'abord, à l'inverse de ce que prétend l'intéressé, le dossier ne permet pas de conclure que les avis du SMR sont unanimement contredits par une incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité, sans interruption et pour une durée indéterminée (ch. II.15, III.3 § 7, III.4 et III.6 du recours). Premièrement, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il soutient que son rhumatologue traitant a confirmé cette appréciation le 25 mars 2014. En effet, s'il est vrai que ce médecin a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 22 octobre 2013 et pour une durée indéterminée, il n'a pas pour autant exclu définitivement la reprise d'une activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail, évoquant qu'il lui était impossible de se prononcer sur les travaux encore exigibles vu l'opération récente pratiquée le 19 novembre 2013 (dos. AI 9/5-6). C'est également à tort que le recourant prétend que le médecin de l'hôpital dans lequel il a été pris en charge a aussi exclu l'exercice d'une activité quelconque, dans son écrit du 17 avril 2014 (ch. II.7 du recours; c. 4.1.1.1). Celui-ci, en évoquant que c'était à présent la remise en état de l'épaule gauche qui préoccupait le patient, a en réalité renvoyé, pour l'évolution lombaire, à l'avis de l'orthopédiste traitant qui, le 28 avril 2014, a conclu qu'une activité adaptée était envisageable (c. 4.1.1.1: incapacité de 100% expliquée par l'absence momentanée d'emploi). Quant aux certificats médicaux cités par le recourant (ch. II.8 et II.11 du recours), ils se limitent à attester des périodes d'incapacité de travail et ne mentionnent pas qu'aucune activité adaptée n'est exigible. Il en va de même du rapport de l'orthopédiste traitant du

20 janvier 2016, cité par le recourant (ch. II.11 du recours), qui ne contient aucunement la conclusion que lui prête l'intéressé. Le recourant omet par ailleurs de prendre en considération le fait que les incapacités de travail dont il se prévaut concernent pour la plupart des périodes opératoires dont l'intimé a tenu compte (dos. AI 75/10 et ch. II.2, ainsi que II.5 s. du recours), ont en partie été attestées à sa demande (voir dos. AI 34 s.) ou se rapportent exclusivement au dernier emploi du recourant (voir ch. II.9 du recours). Le recourant se garde bien de se référer par exemple au rapport que l'orthopédiste traitant a établi le 24 mai 2016, peu après la deuxième opération lombaire. Il y est mentionné que le patient était très content et que, sans plus prendre d'antidouleurs, dans l'attente de la décision de rente, il déclare sortir ses chiens trois à quatre fois par jour pendant environ 30 minutes, s'entraîner au moins deux fois par jour sur un tapis de course et être déjà allé une fois à la piscine, amélioration nette et rapide qu'évoque aussi, rétroactivement, le rhumatologue traitant (c. 5.4).

5.4.4 S'agissant de l'incapacité de travail, il est toutefois vrai que l'expertise du 7 octobre 2014, réalisée pour le compte de l'assureur perte de gain maladie du dernier employeur (après la première opération lombaire, alors que l'opération de l'épaule gauche était prévue), ne va pas dans le sens des avis du SMR, en tant qu'elle conclut que l'ancienne activité n'est définitivement plus exigible car elle ne respecte pas les limitations fonctionnelles dues à l'affection de l'épaule et de la colonne vertébrale lombaire (c. 4.1.1.3). Néanmoins, ainsi que le SMR l'a fait remarquer (dos. AI 95/3), cette expertise part de la prémisse que, dans son dernier emploi, le recourant devait effectuer des travaux très lourds, soit porter répétitivement des charges de 20 à 40 kg. Or, cette affirmation, qui repose seulement sur les déclarations de l'assuré (dos. AI 36.1/2), ne correspond pas aux explications de l'employeur, que le SMR a pour sa part prises en compte (voir dos. AI 75/4 et 75/8-9). Par ailleurs, l'expertise décrit un profil (misant sur la réussite de l'implantation de la prothèse d'épaule) compatible avec celui défini par le SMR (notamment: éviter les charges de plus de 10 kg et de plus de 5 kg à porter uniquement avec le bras gauche). De surcroît, cette expertise visant surtout à élucider l'indication de l'opération déjà effectuée et de celle planifiée, avait un autre but que la détermination de l'invalidité. L'expertise manque du reste de cohérence en

tant qu'elle conclut que l'activité exercée n'est plus exigible alors qu'elle retient en même temps que l'état de santé s'est amélioré par rapport aux années où ce métier était encore exercé (dos. AI 36.1/3).

5.4.5 C'est également de manière infondée que le recourant voit une contradiction dans le fait que l'intimé a admis qu'il disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée alors que ce dernier avait refusé des mesures professionnelles (ch. II.13 et III.3 du recours). En effet, la décision y relative du 13 mai 2016 n'a pas été prononcée de manière définitive, au motif que le recourant n'était pas en mesure de mettre au profit une quelconque capacité de travail, même de façon théorique (comme prétendu par le recourant), mais au regard de la situation qui se présentait alors que le recourant venait de subir trois opérations (le 18 novembre 2014, le 7 mai 2015 et le 22 mars 2016; voir c. 4.1.1.2 s.). L'organisation de mesures professionnelles dans des termes raisonnables avait déjà dû être reportée à maintes reprises (voir "Protokoll per 21.12.2018"). Il est donc logique que l'intimé ait considéré, le 11 mars 2016, qu'une réadaptation n'était pas possible pour le moment et que le droit à une rente devait être examiné. Ce n'est pas pour autant que le recourant pouvait déduire de cette décision que son état n'était plus compatible avec une quelconque activité lucrative et qu'une décision d'octroi de rente (illimitée) allait être rendue. Autrement dit, ce n'est pas parce que le recourant était dans l'attente d'une décision sur la rente et qu'il n'avait pas de travail qu'un droit à une telle prestation devait être reconnu.

5.4.6 Le recourant prétend également que le SMR est inconséquent, lorsque ce dernier conclut à une capacité de travail résiduelle, malgré le profil d'exigibilité retenu (ch. III.11 du recours). Ce faisant, le recourant oublie toutefois d'abord que des périodes d'incapacité de travail à 100% ont été admises par ce service, en relation avec les opérations subies (y compris celle du 18 novembre 2014; dos. AI 75/11). La durée de ces incapacités de travail a du reste été arrêtée en tenant compte des avis des médecins traitants. Ensuite, quant aux autres périodes d'incapacité (partielle) de travail, le SMR les a étayées de manière convaincante sous deux aspects. Dans le contexte d'une activité profilée de façon optimale (absolument aucune charge de plus de 10 kg notamment), il a expliqué les

raisons de la capacité de travail entière, pas influencée par les atteintes à l'épaule, ni avant l'opération, ni par la suite, et diminuée uniquement d'une baisse de rendement de 20% découlant des suites de la fixation du segment lombaire, conséquences opératoires qui, sur le plan assurantiel, reviennent au même que l'état avant les opérations. Dans le contexte de la dernière activité lucrative, en notant que l'attribution d'activités administratives pour un taux de 50% en réaction à l'atteinte lombaire consistait en une part d'activité entièrement exigible, mais en se référant aux indications de l'employeur pour l'emploi d'origine, à savoir essentiellement la révision, mais aussi parfois l'installation d'extincteurs, ce qui comprend des trajets en voiture et des travaux administratifs de prises de rendez-vous, le SMR a considéré de façon logique que le poids d'un extincteur se situe généralement autour de 10 kg et que l'appareil doit se trouver dans un endroit particulièrement accessible (afin de pouvoir être utilisé par tout un chacun). Sur cette base, il en a déduit que les limites déterminées par les médecins traitants eux-mêmes, reprises dans la définition du profil qu'il avait défini, étaient en réalité respectées tant en ce qui concerne la problématique lombaire que celle de l'épaule droite. Cela vaut pour les charges (limites de 10 kg du fait du dos et de 5 kg pour le bras gauche) ainsi que pour les mouvements, les tâches en question n'impliquant en effet pas de devoir réaliser des mouvements loin du corps ou au-dessus des épaules, de même qu'en flexion prolongée du dos, en positions accroupie ou agenouillée prolongées (dos. AI 75/9). Le SMR a par ailleurs expliqué de façon compréhensible que la réduction de 10% de la capacité de travail du recourant était justifiée du fait qu'il ne pouvait plus porter des charges de 10 à 25 kg (ce qui pouvait rarement se produire dans son dernier emploi) et qu'une diminution de rendement de 20% (besoin de pauses) tenait compte de l'immobilisation des segments lombaires. Les conclusions du SMR sont de plus cohérentes au vu des avis médicaux attestant des bons résultats opératoires mais aussi des activités accomplies hors du cadre professionnel (c. 5.4.3). Cette appréciation s'accorde notamment aussi avec l'attitude générale du recourant, qui transparaît au fil du dossier et qui tend à une quête de maintien d'une forme physique au-dessus de la moyenne par l'exercice (le recourant ayant aussi pratiqué des sports de musculation intensivement et pris des dérivés stéroïdiens pendant de nombreuses années; c. 4.1.1.1) et par sa confiance

et son volontarisme face à la chirurgie (par ex. changement de médecins lorsque sont proposées des mesures conservatrices; empressement pour bénéficier d'une prothèse d'épaule à peine l'intervention lombaire lourde réalisée: "patient qui ne semble pas s'écouter et qui croit qu'avec la chirurgie on peut redonner un état de santé parfait"; dos. AI 18.1/8, 21/3, 21/7 et 21/19).

5.5 En conclusion, dans ces circonstances et en dépit de l'avis du recourant, les synthèses du SMR des 22 septembre 2016 et 3 novembre 2017, complétées par la prise de position du 20 novembre 2018, sont cohérentes, convaincantes et exemptes de contradiction, si bien qu'il convient de leur accorder une pleine valeur probante. Une expertise externe, pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et chirurgie orthopédique) ne pourrait rien apporter de plus que la documentation médicale des médecins traitants (spécialiste de ces disciplines) sur laquelle les synthèses du SMR se basent. Cette réquisition de preuve doit être rejetée. C'est dès lors à bon droit que l'intimé a fait sienne l'évaluation de la capacité de travail retenue par ce service.

6.

6.1 A titre subsidiaire, le recourant, aussi en considération de sa situation personnelle, fait valoir que, sur le marché du travail, le profil d'exigibilité et le taux d'emploi retenus – données que l'intimé s'est bien gardé de concrétiser – n'existent de toute manière pas.

6.2 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). Le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré se caractérise par un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-

d'œuvre et comprend un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique. Cette notion comprend également les emplois dits de niches, à savoir des offres de poste et de travail, dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1).

6.3 Selon le spécialiste du SMR, une activité légère (port de charge jusqu'à 10 kg) s'exerçant en position changeante est exigible à 100% avec une diminution de rendement de 20% du fait d'un nombre de pauses augmenté (en raison de l'état lombaire: troubles dégénératifs antérieurs, puis fixations opératoires). Ne sont pas exigibles: les positions assise ou debout fixes, le travail loin du corps, au niveau des épaules, sur des échelles ou échafaudages, ni les activités répétées en flexion du tronc, en position agenouillée ou accroupie ou la marche répétée dans les escaliers ou en terrain instable (dos. AI 75/10, appréciation confirmée dans les avis subséquents du SMR). Comme l'indique le SMR, hormis les restrictions, il existe de nombreuses ressources: les mains, les coudes, le bras droit, les positions changeantes, un état cardio-pneumo-vasculaire sans souffrance objectivée, absence de déficits neurologiques, potentiel d'amélioration (dos. 75/10 et avis du 4 décembre 2018). Le profil d'exigibilité défini pour le recourant, qui ménage le dos et les articulations, est courant et répandu au sein de la population active. Même si, contrairement à ce que prétend le recourant (ch. III.11 § 4 du recours), il n'incombe pas à l'intimé de désigner concrètement des activités encore exigibles, on peut imaginer que ce profil ne s'oppose notamment pas à l'exercice de tâches par exemple administratives pouvant être exercées sur un support à hauteur réglable, ou de métiers de surveillance, de gardiennage, d'accueil, voire d'activités de caissier ou de vendeur (le recourant ayant du reste déjà exercé certaines tâches de ce type, notamment dans la sécurité de discothèques encore le 25 avril 2015, soit une dizaine de jours avant la pose de la prothèse d'épaule; voir dos. AI 5/4-6, 25/2 et 49). En particulier, ce profil est

même encore compatible avec l'exercice à 90% de son dernier métier (pas les charges, rares, de plus de 10 kg), le travail à hauteur d'homme ou légèrement plus bas (là où se trouvent les extincteurs) étant encore exigible (dos. AI 75/9). Même si, 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), en l'occurrence, on ne peut manifestement pas parler d'un profil d'activité possible que 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 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2011 IV n° 6 c. 4.2.4).

6.4 Certes, l'âge avancé (argument du recours: ch. III.10 ss), 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 (ATF 138 V 457 c. 3.1). Toutefois, même au moment de la décision (en principe l'appréciation doit se faire au moment où les documents médicaux permettent d'établir que l'exercice [partiel] d'une activité lucrative était médicalement exigible: ATF 143 V 431 c. 4.5.1; TF 8C_378/2019 du 18 décembre 2019 c. 7.1, destiné à la publication), le requérant, alors âgé de 52 ans, n'avait de loin pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence envisage, en fonction de circonstances concrètes, l'éventualité qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré (au plus tôt autour des 60 ans; ATF 145 V 2 c. 5.3.1 et 5.3.2; TF 9C_427/2010 du 14 juillet 2010 c. 2.5, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2). En outre, il ne ressort pas du dossier que le requérant, qui vit en Suisse depuis l'âge de 14 ans, ait présenté des difficultés linguistiques ou liées à sa nationalité (notamment d'intégration). S'il est vrai qu'il ne dispose pas d'une formation certifiée, il a néanmoins occupé plusieurs emplois différents et dispose dès lors d'expérience dans divers domaines professionnels, ainsi que l'intimé l'a évoqué (ch. 17 de la réponse). On ne peut donc conclure, avec une

vraisemblance prépondérante, qu'il n'existe pas de place de travail correspondant au profil d'exigibilité sur un marché du travail équilibré.

7.

7.1 Il découle de ce qui précède qu'il y a lieu de déterminer l'invalidité du recourant et l'éventuel droit à une rente qui en découle sur la base du profil d'exigibilité défini par le SMR (probant: voir c. 5), exploitable sur un marché du travail équilibré (voir c. 6). Le recourant n'a soulevé aucune critique quant au calcul en soi de l'invalidité et l'échelonnement de rente tels qu'expliqués dans la décision attaquée (voir c. 3.1).

7.2 L'évaluation du SMR distingue deux taux différents d'incapacité de travail: pour les quatre périodes opératoires, une incapacité totale, à savoir de début novembre 2013 à fin mars 2014 (1^{ère} opération lombaire), de novembre 2014 à fin février 2015 (opération des coude et poignet gauches), de début mai 2015 à fin août 2015 (prothèse d'épaule gauche) et de début mars à fin juin 2016 (2^{ème} opération lombaire), de même que, avant (dos. AI 75/10-11) et entre ces périodes, le taux correspondant au profil dans la dernière activité exercée (voir art. 6 LPGA pour la notion d'incapacité de travail). Le taux d'incapacité de travail correspondant au profil de l'ancienne activité a, à juste titre, été arrêté à 28% par l'intimé (la capacité de travail étant de 72% [90% diminués d'une perte de rendement de 20%]).

7.3 Comme l'admet l'intimé dans sa décision, un droit à une rente peut naître et prendre effet à trois conditions (voir aussi ATF 142 V 547 c. 3.2), à savoir deux de nature matérielle – l'écoulement du délai d'attente d'un an avec une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% et, à cette échéance, l'existence d'un degré d'invalidité de plus de 40% (art. 28 al. 1 let. b et c LAI; voir c. 2.2.1) – de même qu'une formelle, l'écoulement du délai de carence de 6 mois depuis la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI; voir c. 2.2.3). L'intimé a donc justement arrêté la première date à laquelle un droit à une rente pouvait naître au plus tôt, soit au 1^{er} septembre 2014 (incapacité de travail depuis janvier 2013 mais demande déposée en mars 2014).

7.4

7.4.1 L'invalidité (perte de gain durable, voir c. 2.1) se calcule par une comparaison de salaires (voir c. 6.2; méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b), si nécessaire évalués de façon approximative sur la base de données statistiques, en se plaçant au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222). Si l'incapacité de travail est totale, pour n'importe quelle activité lucrative, l'invalidité l'est également (le revenu avec invalidité est nul). Pour les autres périodes du présent cas, l'intimé a correctement fixé le revenu de valide à Fr. 65'128.-, en se fondant sur le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'atteinte à la santé, selon les données fournies par l'employeur pour 2014 (dos. AI 27/2; ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Ce montant représente du reste le revenu annuel le plus haut recensé dans le compte individuel de cotisations (dos. AI 5).

7.4.2 Pour le revenu d'invalidé, l'intimé s'est basé sur le même revenu en adoptant le profil d'exigibilité se rapportant à la dernière activité exercée (taux de 90%, perte de rendement de 20%). Puisque la même activité reste exigible à un haut taux, un abattement, en plus de la perte de rendement médicalement attestée, ne se justifie pas au vu de la situation personnelle du recourant (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). La perte de gain équivaut ainsi au taux d'incapacité de travail et nul n'est besoin d'indexer les deux revenus (sans et avec invalidité) à la (même) évolution des salaires. Si, à l'instar de l'intimé, on admet que c'est l'exercice du dernier métier qui correspond, avec une vraisemblance prépondérante, concrètement le mieux à la situation professionnelle du recourant en dépit de ses handicaps (ATF 143 V 295 c. 2.2), l'invalidité, quelle que soit l'année en cause, est donc de 28% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2) et par conséquent au-dessous du seuil de 40% donnant droit à une rente. A vrai dire, puisque le recourant a perdu l'emploi qui sert de base à l'un des profils et n'a pas exercé d'activité lucrative exigible depuis la survenance de l'atteinte à sa santé, l'invalidité devrait en principe se calculer en fonction de l'activité idéalement profilée (taux de 100%, perte de rendement de 20%). Pour ce faire, il faut comparer le revenu sans invalidité adapté à l'année déterminante (2014 dans un premier temps), soit

Fr. 65'128.-, avec le revenu statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée (aussi en ligne) par l'Office fédéral de la statistique (ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3), plus précisément la table ESS 2014 TA1 ("Salaires mensuels bruts [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, valeur "total", hommes, niveau de compétences 1 [tâches physiques et manuelles simples]), adapté à la durée normale du travail dans les entreprises (table DNT également accessible sur le site de l'OFS, valeur "total", en 2014: 41,7 heures/semaine, les tables ESS étant établies selon une valeur standard de 40 heures/semaine), à savoir Fr. 66'453.10 (Fr. 5'312.- x 12 mois x 41,7 heures / 40 heures). En tenant compte de la perte de rendement de 20%, on arrive à un revenu avec invalidité de Fr. 53'162.50, soit une perte de gain de Fr. 11'965.- (Fr. 65'128.- / Fr. 53'162.50) et une invalidité de 18,37%, à arrondir à 18% (ATF 130 V 121 c. 3.2 s.), également inférieure (encore plus) au seuil de 40% donnant droit à une rente. La question de l'abattement peut ici rester ouverte, car même avec un taux maximum de 25% (qui ne se justifierait de toute façon pas dans les circonstances d'espèce), le revenu avec invalidité (Fr. 39'872.-) mènerait à une perte de gain de Fr. 25'256.-, soit un taux d'invalidité de 38,8%, arrondi à 39%, également inférieur au seuil de 40%.

7.4.3 Il faut encore préciser que le niveau de la rente à l'issue du délai d'attente, dépend tant du degré d'incapacité de gain existant encore après échéance de ce délai que du taux d'incapacité de travail moyen donné pendant ce délai d'attente (ATF 121 V 264 c. 6; TF 9C_900/2013 du 8 avril 2014 c. 6.)

7.5

7.5.1 Il est vrai qu'une incapacité de travail de plus de 20% (selon les périodes: 28% ou 100%), susceptible de compter dans la moyenne de 40% du délai d'attente (VSI 1998 p. 126 c. 3c), est attestée par le SMR depuis que ses médecins traitants en certifient aussi une, soit janvier 2013. Au début janvier 2014 (échéance du délai d'attente), la moyenne se situait à 40,03% ([304 jours x 28% de capacité de travail + 61 jours x 100%] / 365 jours; TFA [Tribunal fédéral des assurances, ancienne dénomination des cours de droit social du TF] I 632/05 du 25 octobre 2006 c. 4.4; Circulaire

sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 2028) et il existait une invalidité de 100% (voir c. 7.2, 1^{ère} opération lombaire). Le droit à un quart de rente n'a cependant pas pu se concrétiser puisqu'à l'époque, le recourant n'avait pas encore demandé de prestations AI et que par conséquent, la condition formelle du délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI ne pouvait pas être réalisée. Un droit à une rente n'a pu naître qu'après le 1^{er} septembre 2014, or en septembre 2014, c'est la condition de l'invalidité d'au moins 40% qui faisait défaut. Ce n'est qu'en novembre 2014 (incapacité de travail de 100% due à l'opération du coude et du poignet gauches) que le degré d'invalidité du recourant (100%) a dépassé les 40% permettant l'ouverture d'un éventuel droit à une rente. Cette nouvelle aggravation doit être traitée comme un nouveau cas d'assurance à part entière, si bien que les conditions du délai d'attente prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI doivent aussi être remplies (voir en ce sens: TF 8C_445/2018 du 6 novembre 2018 c. 5.2). Il ne peut s'agir d'une reprise de l'invalidité au sens de l'art. 29^{bis} RAI (voir c. 2.2.2), puisqu'en l'occurrence, aucun droit à une rente AI n'était né à l'issue théorique du délai d'attente en janvier 2014 et aucune rente n'a donc pu être supprimée. En outre, par rapport à l'art. 29^{bis} RAI, une dispense du délai d'attente ne pourrait pas non plus être admise du fait que l'incapacité de travail justifiant la nouvelle invalidité (opération du coude et de la main) n'est pas de même origine que celle qui aurait motivée la rente en janvier 2014 (1^{ère} opération du dos). Pour la détermination de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente en revanche, les problèmes de santé auxquels l'incapacité de travail peut être attribuée importent peu. Lorsqu'un assuré subit plusieurs atteintes à la santé, le délai d'attente n'est pas pris en compte séparément pour chaque affection (TF 9C_800/2015 du 25 février 2016 c. 3.2; CIIAI, ch. 2009 s.). Par conséquent, en l'espèce, du 1^{er} novembre 2013 au 1^{er} novembre 2014, le taux d'incapacité de travail moyen du recourant, toutes affections confondues (calculé en jours; voir CIIAI, ch. 2017 s.), a été de 58% (151 jours à 100% du 1^{er} novembre 2013 au 31 mars 2014 et 214 jours à 28% du 1^{er} avril au 31 octobre 2014). Dès lors, eu égard à ce taux moyen, l'intéressé a droit à une demi-rente d'invalidité (et non pas à un quart de rente) à compter du 1^{er} novembre 2014.

7.5.2 Pour la suite, le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} février 2015 (trois mois après la dégradation de l'état de santé survenue le 1^{er} novembre 2014, voir art. 88a al. 2 RAI) doit être confirmé, de même que la suppression de la rente au 30 novembre 2015. En effet, les conséquences de l'amélioration de l'état de santé au 1^{er} mars 2015 (fin de la période opératoire pour le coude et le poignet gauches) sur le droit à la rente, vu le décalage de trois mois de l'art. 88a al. 1 phr. 2 RAI, n'ont en effet pas pu se concrétiser, dès lors qu'une nouvelle incapacité de travail à 100% a été reconnue à partir du 1^{er} mai 2015 (prothèse d'épaule gauche) jusqu'au 31 août 2015. Les handicaps liés à l'épaule gauche étant compris dans la moyenne d'incapacité de travail de 28% comptant dans le calcul du délai d'attente, il ne saurait être question d'exclure la détérioration intervenue à raison de cette épaule pour la continuation de la rente. La récupération post-opératoire relative à la prothèse d'épaule, fixée au 31 août 2015, le taux de 28% d'incapacité de travail valant à nouveau, entraîne la fin du droit à la rente trois mois plus tard à fin novembre 2015 (art. 88a al. 1 RAI).

7.5.3 Finalement, s'agissant de l'augmentation du taux d'incapacité de travail survenue le 1^{er} mars 2016 (2^{ème} opération lombaire), force est de constater qu'il s'agit cette fois bien d'une reprise de l'invalidité au sens de l'art. 29^{bis} RAI, les handicaps lombaires (avant et après opérations) étant aussi compris dans le taux d'incapacité de travail de 28%. Cette détérioration de l'état de santé est intervenue avant l'écoulement du délai de trois ans, prévu par l'art. 29^{bis} RAI. Partant, conformément à cette disposition, point n'est besoin d'exiger le respect d'un nouveau délai d'attente. Le recourant doit dès lors se voir allouer une rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016. Quant à l'ampleur de celle-ci, en tant que le recourant peut se prévaloir d'un taux d'incapacité de travail moyen de 58% pendant l'année d'attente ayant précédé le premier octroi de rente (voir c. 7.5.1 in fine, délai d'attente du 1^{er} novembre 2013 au 1^{er} novembre 2014; CIIAI, ch. 4005) et qu'il était en état d'incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} mars 2016, une demi-rente doit être octroyée (voir c. 7.4.3) dès cette échéance et jusqu'au 31 mai 2016 (et non un quart de rente, comme arrêté à tort par l'intimé sur la base du délai d'attente qui ne vaut pas de janvier 2013 à janvier 2014). Depuis le 1^{er} juin 2016, soit trois mois après l'aggravation de

l'état de santé ayant débuté le 1^{er} mars 2016, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité et ce jusqu'au 30 septembre 2016 (trois mois après l'amélioration de la capacité de travail au 1^{er} juillet 2016).

8.

8.1 En conclusion, le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 31 janvier 2015, à une rente entière du 1^{er} février au 30 novembre 2015, à une demi-rente du 1^{er} mars au 31 mai 2016, puis à une rente entière du 1^{er} juin au 30 septembre 2016. Le recours doit ainsi être partiellement admis et les décisions entreprises annulées, en tant que celle qui concerne le recourant ne reconnaît qu'un droit à un quart de rente du 1^{er} novembre 2014 au 31 janvier 2015, de même que du 1^{er} mars au 31 mai 2016 et que celles visant les enfants de l'intéressé (nés en 1996 et 1999) sont calculées sur cette base. Pour ces périodes, un droit à une demi-rente doit être reconnu. Les rentes pour enfants doivent être allouées en conséquence (voir art. 38 LAI). L'intimé fera procéder au calcul du montant des rentes supplémentaires dues. Au surplus, le recours doit être rejeté.

8.2 Les frais et dépens doivent par conséquent être liquidés en fonction d'un gain partiel, qu'il y a lieu d'estimer à une part de 1/8^{ème} (le recourant ayant principalement conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif et pour une durée indéterminée, de même qu'à des rentes pour deux de ses enfants, dans la même mesure).

8.2.1 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont ainsi mis par Fr. 700.- à la charge du recourant et par Fr. 100.- à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Le solde de l'avance de frais du recourant, de Fr. 800.-, lui sera restitué à hauteur de Fr. 100.-.

8.2.2 Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de ses dépens selon l'étendue de son gain de cause devant le TA (art. 61 let. g LPG; art. 104 al. 1 et 3 et art. 108 al. 3 LPJA). En l'espèce, puisque le recours n'est admis que très partiellement et

sur un point qui n'a aucunement été contesté par le recourant, une indemnité forfaitaire de Fr. 400.- lui est accordée. Pour le surplus, le recourant ne peut prétendre au remboursement de ses dépens.

Par ces motifs:

1. Le recours est partiellement admis et les décisions attaquées sont annulées dans la mesure où une demi-rente (et non un quart de rente) d'invalidité doit être accordée au recourant du 1^{er} novembre 2014 au 31 janvier 2015 et du 1^{er} mars 2016 au 31 mai 2016, les rentes pour les deux enfants devant être adaptées en conséquence. L'intimé procédera au calcul et au complément de versement des prestations dans ce sens en rendant les décisions nécessaires. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 700.- à la charge du recourant et par Fr. 100.- à la charge de l'intimé. Le solde de l'avance de frais fournie par le recourant sera restitué lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 400.- (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Pour le surplus, 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 F. _____ SA.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

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