

**200.2021.2.AI**  
N° AVS  
NIG/REN

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

**Jugement du 1<sup>er</sup> novembre 2021**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
A.-F. Boillat et M. Moeckli, 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 20 novembre 2020



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1962, marié et père d'un enfant né en 2011, est arrivé en Suisse en 2006 et a été engagé en qualité de chauffeur/livreur, sans formation certifiée, en mars 2014. Le 26 juin 2019, dans le contexte d'une période d'incapacité de travail à 100% ayant débuté le 26 décembre 2018, l'assuré a remis à l'Office AI Berne une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI). Il y a invoqué souffrir d'une atteinte au dos depuis le 27 décembre 2018.

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a notamment requis des informations de l'employeur, divers rapports d'un spécialiste en neurochirurgie et en traitement interventionnel de la douleur, ainsi que le dossier de l'assureur-accidents. L'Office AI Berne a exclu un droit à des mesures de réadaptation au terme d'une communication du 6 mars 2020. Après avoir sollicité le Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est déterminé le 5 octobre 2020, l'Office AI Berne a nié le droit à une rente d'invalidité par décision du 20 novembre 2020, confirmant une préorientation du 16 octobre 2020.

**C.**

Par mémoire du 4 janvier 2021, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru contre la décision de l'Office AI Berne du 20 novembre 2020 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu à l'annulation de cette décision et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour le prononcé d'une nouvelle décision au sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 24 février 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 22 avril 2021, le recourant a requis

la suspension de la procédure, à laquelle l'intimé s'est opposé le 6 mai 2021. Par décision incidente du 7 mai 2021, le TA a rejeté cette requête. Répliquant le 26 mai 2021, dans le délai prolongé qui lui a été accordé pour ce faire, le recourant a maintenu ses conclusions. L'intimé en a fait de même, au terme d'une duplique du 14 juin 2021. L'avocat du recourant a produit sa note d'honoraires le 17 juin 2021.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 20 novembre 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour le prononcé d'une nouvelle décision. Sont particulièrement critiqués par le recourant l'appréciation de son état de santé par l'intimé et le fait que celui-ci ait retenu qu'il serait en mesure d'exercer une activité adaptée, malgré son âge proche de la retraite.

**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. 38 al. 4 let. c et 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]; 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, applicable au présent recours introduit postérieurement à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2021, de la modification du 21 juin 2019 de la LPGA; voir art. 82a LPGA: disposition transitoire de la modification du 21 juin 2019). 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** 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

**2.4** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

**2.5** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

### **3.**

**3.1** Dans la décision attaquée, l'intimé, essentiellement sur la base d'un rapport du SMR du 5 octobre 2020, a retenu que le recourant était en mesure d'accomplir une activité adaptée, c'est-à-dire légère à (rarement) moyennement lourde avec un taux d'occupation de 100% et un rendement de 80%. Il a fixé le taux d'invalidité en comparant le revenu que le recourant pourrait percevoir dans une activité adaptée, calculé sur une base statistique, avec celui que ce dernier aurait obtenu en 2019, sans invalidité, en tant que chauffeur/livreur. L'intimé est ainsi parvenu à un degré d'invalidité de 21%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. Il a par ailleurs écarté les objections du recourant, constatant que celui-ci n'avait apporté aucun élément médical qui n'aurait pas déjà été considéré par le SMR dans son rapport.

**3.2** Dans son recours et sa réplique, le recourant a quant à lui contesté l'appréciation de l'intimé, en soulignant que son état de santé s'était péjoré à la suite d'opérations subies les 28 février et 23 mai 2019. Il a rappelé qu'il subissait des douleurs constantes et insupportables dans toutes les positions et qu'il était très limité dans ses mouvements et déplacements. Le recourant a en outre reproché à l'intimé d'avoir d'abord retenu, dans une communication du 6 mars 2020, qu'il n'était pas capable de participer à une mesure de réadaptation, avant de conclure, dans la décision querellée, qu'une telle mesure était désormais envisageable. A ce titre, il a indiqué que le 26 avril 2021, il avait été mis un terme à cette mesure, du fait de son état de santé. Le recourant a par ailleurs contesté la valeur probante du rapport du SMR et soutenu que son âge n'avait pas été pris en compte par l'intimé, alors qu'il était proche de la retraite et que le marché du travail ne lui offrait plus aucune perspective professionnelle.

### **4.**

**4.1** 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, les écrits produits par le recourant devant le TA (un certificat médical du 8 décembre 2020, des rapports d'un institut de radiologie et de son spécialiste traitant du 16 avril 2021, un compte rendu de la mesure de réadaptation du 27 avril 2021 et la communication de l'intimé du 30 avril 2021) évoquent des constatations recueillies après le prononcé litigieux et ne sont pour le surplus pas de nature à influencer l'appréciation des faits au jour du prononcé de la décision entreprise. Partant, ces documents ne peuvent être pris en compte dans la présente procédure. Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

**4.2** Le 17 janvier 2019, un institut de radiologie a notamment constaté une discopathie dégénérative pluri-étagée avec des protrusions discales de L1/2 à L5/S1, des signes d'arthrose inter-facettaires postérieurs, ainsi que des remaniements inflammatoires des muscles paraspinaux en L2/3. Les troubles dégénératifs ont été qualifiés d'assez importants dans les étages lombaires, avec des rétrécissements des deux côtés, pouvant engendrer des lombo-sciatalgies bilatérales, de l'arthrose et des épaissements des ligaments majorant les rétrécissements. Aucune lésion traumatique n'a toutefois été mentionnée.

**4.3** Dans un rapport du 3 juillet 2019 adressé à l'intimé, le spécialiste en neurochirurgie traitant de l'assuré a posé le diagnostic (impactant la capacité de travail) de dégénérescence avancée de la colonne vertébrale (depuis au moins 1989). Il a relaté que son patient souffrait d'une situation douloureuse et que celui-ci ne pouvait notamment accomplir ses tâches ménagères que de manière très limitée. Il a attesté une incapacité de travail totale du 29 janvier 2019 au 22 mai 2019. Avec ce document, il a produit un compte rendu d'infiltration du 30 janvier 2019, dans lequel a été posé le diagnostic de hernie discale L4/5 à droite. Des sciatalgies droites invalidantes ont de plus été évoquées. Le spécialiste a aussi remis un rapport du même jour, dans lequel ce diagnostic a été répété, de même que ceux de sténose canalaire L3/4 (intervention pour hernie discale lombaire en 1989) et d'arthrodèse à la cheville droite. En outre, des douleurs irradiant le membre inférieur droit, sans déficit sensitif ou moteur et un important syndrome algique avec des restrictions de l'amplitude des

mouvements et des contractures musculaires para-vertébrales ont aussi été mentionnés dans ce document. Selon un écrit du 14 février 2019, également remis en annexe au rapport transmis à l'intimé, le spécialiste a ajouté que le traitement médical restait inefficace, si bien qu'une cure chirurgicale par micro-discectomie a été proposée. Cette intervention a eu lieu le 28 février 2019, dans le contexte d'une hospitalisation auprès d'un centre hospitalier du 27 février au 9 mars 2019 (dos. AI 18.2/16). Le rapport d'opération du 28 février 2019 fait état de hernie discale L4/5 à droite et de sténose du canal spinal segmentaire L3/4 récessale, plus prononcée à droite. Le 8 avril 2019, le spécialiste a relevé la persistance de lombosciatalgies invalidantes à droite, avec un déficit au niveau des releveurs et extenseurs du pied, le patient étant très gêné dans sa déambulation, ainsi que freiné par des douleurs dans le dos et dans la jambe. Selon cet écrit, des IRM ont révélé des dégénérescences en L2/3, L3/4 et L4/5 avec des sténoses récessales droites. De plus, une nouvelle intervention a été conseillée et pratiquée le 23 mai 2019 (pour le détail, voir dos. AI 16/10 et 18.2/4). A teneur du rapport opératoire du 23 mai 2019, le diagnostic de sténose récessale a été confirmé et celui de collapsing spine posé.

**4.4** Le 25 juillet 2019, l'assureur-accidents a remis à l'intimé son dossier, comportant les pièces suivantes.

**4.4.1** Selon une déclaration d'accident du 16 janvier 2019, le recourant a chuté dans les escaliers le 26 décembre 2018. Une contusion a été mentionnée sous la rubrique "type de lésion". Quant à la "partie du corps" atteinte, il a été indiqué: "plusieurs secteurs des extrémités supérieures, bilatéral". D'après cet écrit, une incapacité de travail a fait suite à l'accident.

**4.4.2** Dans un rapport du service des urgences d'un hôpital régional du 26 décembre 2018, les diagnostics de contusions osseuses multiples et de perte de connaissance d'origine indéterminée ont été posés. Il y est fait mention d'une perte de connaissance, puis d'une chute du recourant alors que celui-ci descendait les escaliers. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 27 au 30 décembre 2018.

**4.4.3** Selon un avis de sortie du 24 janvier 2019, le recourant a ensuite été hospitalisé du 11 au 24 janvier 2019. Les diagnostics de suspicion de

sclérose en plaques et de radiculopathie multi-étagée de L2 à L5 ont alors été posés. Une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 24 février 2019 (dos. AI 18.2/31).

**4.4.4** Le 29 mars 2019, une spécialiste en neurologie de l'hôpital régional précité a relaté que le recourant avait chuté après avoir manqué une marche, si bien qu'il s'était cogné la tête et avait perdu connaissance quelques secondes. Il avait ensuite présenté un manque de force au niveau des membres droits, des troubles de la vision à droite et une instabilité sur le même côté, raisons pour lesquelles il avait été admis au service des urgences. La neurologue a relevé que le recourant souffrait d'un manque de sensibilité du membre inférieur droit depuis une opération de hernie discale et qu'il se plaignait de céphalées quotidiennes ainsi que de la persistance d'une instabilité et d'oublis. Elle a conclu à un syndrome post-TCC léger devant s'améliorer progressivement et a mis en lien les troubles de la sensibilité avec la hernie et le status post-opératoire. Enfin, elle a exclu une maladie inflammatoire du système nerveux central, de type sclérose en plaques.

**4.4.5** Par envoi du 11 juillet 2019, le neurochirurgien traitant du recourant a informé l'assureur-accidents que l'évolution clinique de son patient était stable avec la persistance d'un déficit fonctionnel du membre inférieur droit. Un déficit des releveurs et extenseurs du pied droit, du quadriceps et de la flexion de la hanche droite a aussi été mentionné. Le spécialiste a précisé qu'à l'imagerie, le matériel d'ostéosynthèse était correctement placé (voir aussi dos. AI 42/5, 42/8 et 42/13). La poursuite de la physiothérapie et la mise en place d'un traitement de longue durée ont été préconisées, de même que la réalisation d'un scanner thoracique (le recourant présentant des douleurs thoraciques droites synchrones à l'inspiration; voir le rapport de radiologie du 11 juillet 2019, dos. AI 42/12, révélant une stéatose hépatique, mais niant toute embolie pulmonaire et tout signe d'inflammation ou de tumeur). Une incapacité de travail à 100% a été prolongée jusqu'en novembre 2019 (dos. AI 28/2).

**4.5** Le 16 septembre 2019, le neurochirurgien prenant en charge le recourant a confirmé que l'état de celui-ci restait stable. Il a aussi indiqué que le traitement anti-neuropathique mis en place avait été mal toléré,

engendrant des vertiges et des ballonnements. De plus, il a écrit que le déficit du membre inférieur persistait, tout comme le déficit assez important de la flexion de la hanche, de l'extension du genou et des releveurs. Dans un document du 7 octobre 2019, ce spécialiste a rapporté les résultats radiographiques et d'IRM de la colonne cervicale, dorsale et lombaire (dos. AI 42/9, 42/13 et 42/15). Il a confirmé que le matériel d'ostéo-synthèse était en place et a ajouté qu'il n'y avait pas de signe de compression intracanaulaire, récessale ou foraminale, ni d'indice d'une myélopathie cervicale. Il a rapporté que l'évolution clinique demeurait. Un examen gastroentérologique a été demandé le 24 janvier 2020. Par des écrits adressés à l'intimé les 27 et 29 janvier 2020, dans lesquels il a posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral après une opération en L3 à L5 et de déficit sensitivomoteur de l'extrémité droite, le spécialiste a répété que l'état était stationnaire et a retenu que le pronostic était stable. Il a souligné que l'ancienne activité exercée n'était pas exigible et que seules des activités légères sans contrainte physique étaient possibles, attestant une incapacité de travail à 100% jusqu'au 9 février 2020. En date du 24 juin 2020, le spécialiste en neurochirurgie a encore décrit que l'évolution était stable avec une tendance à l'amélioration, le patient n'utilisant plus de cannes, mais une claudication du membre inférieur droit demeurant présente, avec des fourmillements persistants. Une sensible récupération du déficit du membre inférieur droit a cependant été notée. Le spécialiste a relevé que le recourant se plaignait surtout de constipations et de douleurs au niveau du pli de l'aîne droite (une hernie ayant toutefois été exclue par le biais d'un examen par ultrasons ainsi que par une sonographie, voir dos. AI 42/4 et 42/7).

**4.6** Un gastroentérologue d'un centre hospitalier a mené une coloscopie le 24 février 2020 et déclaré, le même jour, qu'un polype avait été retiré mais que l'examen n'avait révélé ni tumeur, ni anomalie. Le diagnostic de petit polype sessile (diagnostic différentiel: polype hyperplasique dans le proximal C ascendant) a été retenu et tout signe de tumeur a été exclu (dos. AI 38/2).

**4.7** Le 5 octobre 2020, un spécialiste en médecine du travail du SMR a posé les diagnostics de sténose récessale en L2/3, L3/4 et L4/5 à droite

(collapsing spine), de hernie discale en L4/5 à droite avec sténose du canal spinal segmentaire L3/4, plus prononcée à droite, et d'ostéochondrose multi-étagée de la colonne thoracique, en présence de légers signes d'activité en Th5/6, mais sans protrusion discale ayant un effet compressif en Th6/7. Le spécialiste a rappelé que le recourant souffrait de douleurs de la colonne lombaire (irradiant dans la jambe droite) qui n'avaient pas pu être soignées malgré plusieurs interventions (syndrome post-discectomie) et qui l'empêchaient d'exercer son ancienne activité. Redoutant une chronicisation de la situation, il a retenu qu'une activité légère, rarement moyennement lourde et permettant des changements de position, était exigible à raison de 8,5 heures par jour avec une diminution de rendement de 20%. Il a recommandé d'éviter les postures contraignantes du haut du corps (p. ex. les flexions prolongées vers l'avant en position debout/assise), les travaux au-dessus de la tête ou impliquant des mouvements de rotation répétés du haut du corps (notamment en manipulant des charges), le port et le soulèvement de charges loin du corps ou de façon répétée au-dessus de la tête et de la poitrine (mais des poids de 10 kg pouvant occasionnellement être soulevés et portés), de même que l'utilisation d'échelles, les positions répétitives accroupies ou penchées. Il a également proscrit les mouvements stéréotypés et répétitifs de la colonne cervicale et lombaire, à l'instar des effets de charge inattendus et asymétriques. Il a finalement ajouté que l'activité de chauffeur/livreur (qui implique de conduire, porter et soulever des charges jusqu'à 20 kg) n'était plus exigible depuis le 27 décembre 2019 et jusqu'à la date de son examen.

## **5.**

Se pose la question de la force probante du rapport du SMR, sur lequel s'est essentiellement fondé l'intimé pour rendre la décision entreprise.

**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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; 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]). Les médecins du SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). 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, d'un point de vue formel, dans son rapport du 5 octobre 2020, le SMR a tenu compte de l'ensemble des pièces pertinentes du dossier médical, soit notamment des rapports du neurochirurgien traitant

du recourant (y compris des rapports d'opération), des écrits figurant au dossier de l'assureur-accidents, ainsi que des rapports radiologiques produits (dos. AI 44/1 ss). En outre, l'analyse du SMR repose sur une étude fouillée des points litigieux importants et tient compte des plaintes du recourant. Ce faisant, à tout le moins sur le plan formel et quoi qu'en dise l'intéressé (art. 2 § 4 du recours), le SMR était en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la situation médicale, de même que de l'apprécier, sans qu'il ne lui soit besoin de procéder à un examen personnel du recourant (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Par ailleurs, en tant que le recourant évoque un défaut d'indépendance du SMR, il ne peut être suivi, puisque le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il faut en effet bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Or, le recourant n'en présente aucune. Il n'en reste pas moins que, dans la mesure où est litigieuse la question de l'influence sur la capacité de travail d'atteintes à la colonne vertébrale, pour que les qualifications médicales de l'auteur du rapport du 5 octobre 2020 (en médecine générale et en médecine du travail) suffisent à satisfaire aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante des rapports médicaux (en l'occurrence sans examen personnel), il faut que l'évaluation de synthèse du médecin interne à l'assurance se fonde sur des bases médicales certaines ressortant du dossier. Cette question relève toutefois de l'appréciation matérielle du caractère probant de l'avis du SMR (voir c. 5.4).

**5.4** Sur le plan matériel, il apparaît que le spécialiste du SMR a posé ses diagnostics en reprenant ceux du spécialiste en neurochirurgie (voir c. 4.3 et 4.5), de même qu'en énumérant les opérations subies par l'intéressé les 28 février et 23 mai 2019. Les diagnostics retenus ne prêtent en eux-mêmes pas flanc à la critique, le recourant ne les contestant d'ailleurs pas. A ce propos, on doit relever qu'en tant que celui-ci invoque l'existence d'un nouveau diagnostic, postérieur à la décision entreprise, il convient de lui rappeler que ce fait ne saurait être pris en considération dans le cadre de la présente procédure (voir à ce propos c. 4.1). Pour le surplus, on constate que le spécialiste du SMR s'est notamment basé sur

le rapport de sortie du centre hospitalier du 23 mai 2019, dont il ressort entre autres que le matériel d'ostéosynthèse (au niveau des vertèbres L2 à L5; dos. AI 28.2/4) présentait un alignement correct après l'opération (ce qui a été confirmé par la suite dans les rapports radiologiques; dos. AI 42/5 et 42/7). Il s'est également fondé sur l'écrit du même établissement, du 28 février 2019, dont il ressort que l'intervention pratiquée à cette date s'est déroulée sans complication, le recourant ayant ensuite pu monter des escaliers en toute sécurité. Le médecin du SMR a enfin relevé que, selon les écrits des 29 janvier et 24 juin 2020 du spécialiste en neurochirurgie, l'évolution était stable sur le plan clinique (avec cependant la présence d'une claudication, de fourmillements et d'un déficit au niveau du membre inférieur droit), le recourant étant toutefois, selon ce spécialiste, capable d'exercer une activité légère n'impliquant pas de contraintes physiques (dos. AI 34/4). Dans cette mesure, c'est de façon logique que le spécialiste du SMR a émis des conclusions similaires à celles du spécialiste traitant, en formulant un profil d'exigibilité épargnant surtout le dos du recourant. A cet égard, les propos du recourant, qui laisse entendre qu'il n'aurait pas été compris par le neurochirurgien (voir art. 8 de la duplique) ont été invoqués pour la première fois devant le TA (sans plus de précision) et ne sont corroborés par aucun élément du dossier médical, qui ne présente aucune contradiction. Le rapport du SMR est certes succinct, puisque, s'agissant des douleurs, le médecin du SMR s'est contenté de relever que le matériel d'ostéosynthèse était en place et que les opérations n'avaient pas été accompagnées de complications. Cette approche ne saurait cependant être critiquée, puisque le profil d'exigibilité établi tient compte de la présence des nombreuses altérations dégénératives de la colonne vertébrale, qui ne sont aucunement remises en cause. Il convient encore de préciser que, dès janvier 2019, le fait que ces altérations pouvaient engendrer des lombo-sciatalgies a été évoqué (dos. AI 42/16). De plus, il découle des rapports d'opérations qu'immédiatement après celles-ci, le recourant présentait une bonne mobilisation (dos. AI 16/11 et 16/15), que, dès le 24 janvier 2020, le recourant ne prenait plus aucun antidouleur et que, selon le neurochirurgien, les douleurs pouvaient être mises en relation avec un déconditionnement musculaire (dos. AI 34/9; voir aussi c. 4.2). Une physiothérapie a du reste été mise en œuvre. On ne saurait non plus ignorer qu'en juin 2020, le recourant s'est surtout plaint de constipations et

de douleurs au niveau du pli de l'aîne (dos. AI 42/2, voir dans le même sens: dos. AI 34/9), éléments qui ont alors été investigués sans révéler d'anomalie (pour l'aspect gastroentérologique: voir dos. AI 38/3 et pour la hernie: voir dos. AI 42/4). Qui plus est, s'il est vrai que les douleurs et irradiations dans la jambe droite avaient déjà été signalées en février 2019, avant les opérations des 28 février et 23 mai 2019 (dos. AI 16/16), le déficit au niveau des releveurs/extenseurs du pied droit s'était en revanche manifesté après la première intervention (dos. AI 16/12) et n'avait pas pu être corrigé lors de la seconde (dos. AI 18.2/1 et 32/2 à 32/5.). Néanmoins, cette atteinte a été décrite par le spécialiste en neurochirurgie, dès janvier 2020, comme étant en amélioration (dos. AI 34/7), ce qui a encore été confirmé par ce médecin le 24 juin 2020, date à laquelle il a écrit que le déficit semblait même sensiblement récupéré (dos. AI 42/2). Le dossier permet d'ailleurs de constater que le recourant marchait initialement avec des cannes uniquement "par sécurité" (dos. AI 32/4) et qu'il n'avait plus eu recours à de tels moyens lors de sa consultation du 24 juin 2020 (dos. AI 42/2; voir aussi dos. AI 54/3). Enfin, la question de savoir si ce déficit pouvait être en rapport avec une maladie inflammatoire du système nerveux central (de type sclérose en plaques) a également fait l'objet d'examens et cette hypothèse a aussi été écartée (dos. AI 18.2/14; voir également dos. AI 42/19, niant une embolie pulmonaire, des indices d'inflammation, une maladie tumorale ou une altération osseuse). Partant, dans ces circonstances, bien que le SMR n'ait pas discuté de ces aspects en détail, force est d'admettre que rien ne permet de remettre en cause les conclusions du médecin de ce service, qui reposent sur un dossier médical illustrant une image claire, complète et univoque de l'état de santé du recourant, dont l'examen personnel était ainsi superflu. Ce faisant, il y a lieu d'accorder une pleine valeur probante au rapport du 5 octobre 2020, selon lequel le recourant est en mesure de travailler à 100% avec une réduction de rendement de 20% dans une activité adaptée. C'est donc en vain que le recourant prétend, du reste sans explication, qu'une expertise était requise.

## **6.**

Reste à examiner le taux d'invalidité retenu par l'intimé.

**6.1** Dans la mesure où l'incapacité de travail a débuté le 26 décembre 2018, le délai d'attente d'une année (art. 28 al. 2 let. b LAI) s'est écoulé au 26 décembre 2019. A cette date, en raison du dépôt de la demande de prestations en juin 2019 (dos. AI 3/1 et 3/10), le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI était échu. Le droit à la rente pouvait ainsi prendre naissance au plus tôt le 1<sup>er</sup> décembre 2019 (art. 29 al. 3 LAI), comme l'a retenu l'intimé.

**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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2).

### **6.3**

**6.3.1** En l'espèce, pour le revenu de valide, l'intimé s'est à juste titre fondé sur les données fournies par l'employeur (dos. AI 22/2 ss). Ainsi, en tant qu'il ressort de celles-ci que le recourant percevait un salaire de Fr. 4'585.25 (dos. AI 22/4) en 2018, soit Fr. 59'608.25 annuellement (treizième salaire compris), le revenu après indexation à l'année 2019 (année de naissance du droit à la rente; voir c. 6.1 et ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222; l'indexation ayant lieu selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010 - 2019, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2018: 2'260 et 2019: 2'279) est porté à un montant de Fr. 60'109.40.

**6.3.2** Quant au revenu d'invalide (calculé pour la même période; ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222), puisque le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la survenance de l'invalidité et qu'il découle des pièces

médicales que le dernier emploi exercé n'est plus exigible (dos. AI 35/4 et 44/6), l'intimé s'est à juste titre basé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiés par l'Office fédéral de la statistique (ATF 143 V 295 c. 2.2). Selon ceux-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu annuel de Fr. 65'004.- (ESS 2018, Table "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Hommes; Fr. 5'417.- x 12). Adapté à la durée normale de travail en entreprise (41,7 heures en 2018 selon la table de l'Office fédéral de la statistique sur la durée de travail dans les entreprises, l'ESS faisant état de chiffres équivalant à 40 heures de travail par semaine), ce montant passe à Fr. 67'766.65 puis, après indexation à l'année 2019 (selon la table d'indexation précitée, voir c. 6.3.1), il atteint Fr. 68'336.40. Pour tenir compte de la réduction de rendement de 20% (voir c. 5.4), il faut encore abaisser ce montant à Fr. 54'669.10. Ensuite, comme l'a fait l'intimé, il convient de procéder à un parallélisme de ce revenu (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; SVR 2018 UV n° 33 c. 2.2.3), le salaire non indexé du recourant, de Fr. 59'608.25, étant nettement inférieur au revenu moyen selon la table ESS correspondante, adapté à la durée du travail statistique usuelle dans les entreprises de la branche (ATF 141 V 1 c. 5.6 s.), à savoir Fr. 65'233.05 (pour la branche transports et entreposage, salaire mensuel pour les hommes de Fr. 5'171.-, indexé comme précédemment). Il en résulte en effet une différence de 8.5%. Le parallélisme devant seulement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (à partir duquel la jurisprudence considère que le revenu est nettement inférieur à la moyenne; ATF 135 V 297 c. 6.1.2 s.), une réduction de 3.5% est donc à opérer, ce qui porte ainsi le revenu d'invalidé à Fr. 52'755.70. Enfin, compte tenu de l'abattement de 10% appliqué par l'intimé en raison du fait que les domaines d'activité possibles sont réduits des suites de l'atteinte à la santé, le montant en cause doit en définitive être fixé à Fr. 47'480.10.

**6.3.3** Partant, en comparant le revenu de valide de Fr. 60'109.40 à celui d'invalidé de Fr. 47'480.10, il en résulte un taux d'invalidité de 21% (21.01% arrondis; ATF 130 V 121 c. 3.2 s.; SVR 2019 IV n° 61 c. 7.1.), insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

**6.4** Quant à l'abattement de 10%, il prend en considération le fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Comme le recourant l'a évoqué, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). En l'espèce, le recourant ne peut être suivi en tant qu'il déduit de son âge (56 ans en décembre 2018; voir ATF 146 V 16 c. 7.1) qu'un abattement plus important aurait dû être appliqué. En effet, l'âge ne constitue pas d'emblée un facteur de réduction du salaire statistique. Il ne suffit donc pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement (TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 c. 5; SVR 2018 UV n° 40 c. 5; voir aussi TF 8C\_378/2019 du 18 décembre 2019, dans lequel un abattement de 10% a été retenu à l'égard d'un assuré de 58 ans ayant en plus le statut de frontalier). En l'occurrence, rien ne permet d'inférer que l'âge du recourant représente un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge (TF 8C\_439/2017 du 6 octobre 2017, dans le cas d'un assuré de 62 ans, voir aussi TF 8C\_227/2018 du 14 juin 2018 c. 4.2.3.4, selon lequel l'âge, pour les hommes entre 50 et 64 ans, dans les emplois sans fonction de cadre, est un facteur influençant le niveau du salaire plutôt à la hausse). En particulier, comme l'a aussi évoqué l'intimé dans sa réponse, le recourant n'est pas éloigné du marché du travail et il apparaît en outre du dossier qu'il a occupé différents emplois au cours de sa carrière (notamment comme majordome, auprès d'un banquier et en aidant son épouse à exploiter un food-truck) et qu'il dispose ainsi d'une certaine expérience et aptitude à la polyvalence (dos. AI 15/2 s. et AI 54/1 s.). Enfin, quoi qu'en dise le recourant (art. 4 in fine du recours), les restrictions liées

aux affections somatiques ont déjà été intégrées dans l'évaluation médicale de la capacité de travail. Elles ne peuvent ainsi être encore considérées dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). Quant au fait que le recourant ne dispose pas d'une formation (art. 7 de la réplique), il faut rappeler que les activités adaptées envisagées (de niveau de compétence 1) n'en requièrent pas et n'exigent pas non plus une expérience professionnelle spécifique (voir à cet égard: SVR 2018 UV n° 40 c. 5). Par conséquent, il n'existe ainsi aucun motif pertinent susceptible de justifier la substitution d'une autre appréciation à celle de l'intimé, fixant l'abattement à 10%. Au demeurant, même à admettre un abattement maximal de 25%, le recourant ne pourrait de toute façon pas prétendre à une rente d'invalidité, dès lors que son degré d'invalidité n'atteindrait que 34% (sur la base d'un revenu d'invalidé de Fr. 39'566.80).

## **7.**

**7.1** Au vu de tout ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimé a exclu le droit du recourant à une rente d'invalidité, dans sa décision du 20 novembre 2020. Le recours doit par conséquent être rejeté.

**7.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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. \_\_\_\_\_ SA.

Le président:

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).