

200.2022.383.AI
N° AVS
NIG/EGC

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

Jugement du 18 septembre 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 23 mai 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1962, divorcé et père de deux enfants majeurs et financièrement indépendants, dispose d'un CFC d'électricien radio-TV et a exercé la profession d'électricien monteur de machines à 100% du 2 février 1987 au 30 novembre 2020. Il a ensuite obtenu des prestations de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son ancien employeur, puis a sollicité le soutien de l'assurance-chômage. Par un formulaire du 7 mai 2021, déposé dans le contexte d'une période d'incapacité de travail à 100% et qui faisait suite à une communication de détection précoce, l'assuré a demandé à l'Office AI Berne des prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI), à savoir des mesures professionnelles et une rente. Il a indiqué souffrir d'acouphènes avec des vertiges depuis 2016, d'une fatigue du dos, de tensions dans les vertèbres cervicales, ainsi que de scoliose et de cyphose depuis sa naissance.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne s'est procuré le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie et a requis des informations de ce dernier. Il a en outre obtenu un rapport du médecin (interniste) traitant le recourant, accompagné des documents médicaux en sa possession et émanant des différents spécialistes consultés. Après avoir encore demandé l'avis du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), puis adressé une sommation à l'assuré (demande de réduire le dommage), l'Office AI Berne a nié tout droit à des mesures professionnelles par décision du 28 mars 2022. Ensuite, en dépit de l'opposition formée le 11 avril 2022 par l'intéressé, contre un préavis daté du 5 avril 2022, selon lequel le droit à la rente d'invalidité était exclu, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de cet acte par décision du 23 mai 2022.

C.

Par envoi du 17 juin 2022, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en indiquant que la décision du 23 mai 2022 péjorait ses chances de retrouver un emploi et lui causait un manque à gagner, si bien qu'il souhaitait que cet acte soit modifié, en ce sens qu'une capacité de travail de 100% lui soit reconnue. Le 20 juin 2022, le recourant a produit une nouvelle pièce justificative puis, en réaction à une ordonnance du TA du même jour et par un courrier du 29 juin 2022, il a encore implicitement fait savoir qu'il maintenait son recours. Dans sa réponse du 14 juillet 2022, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours. Le 30 juillet 2022, le recourant a finalement répliqué, en confirmant ses conclusions. L'intimé n'a de son côté pas produit de duplique.

En droit:

1.

1.1 La décision du 23 mai 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit à une rente de l'AI. L'objet du litige porte sur la modification de cet acte, en ce sens qu'un taux d'invalidité nul soit reconnu. Est particulièrement critiqué par le recourant le fait que l'intimé n'aurait pas tenu compte des derniers avis de son médecin traitant, qui avait attesté une amélioration de l'état de santé.

1.2 Dans la mesure où le recourant ne conteste pas que l'intimé ait nié tout droit à une rente AI, se pose en premier lieu la question de savoir s'il dispose de la qualité pour recourir.

1.2.1 L'art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) subordonne l'examen matériel à la condition que le recourant soit touché par la décision ou la décision sur opposition et ait un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification. La notion d'intérêt digne de protection en procédure

cantonale correspond matériellement à celle de l'art. 89 al. 1 let. c de loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) pour la procédure devant le Tribunal fédéral (ATF 138 V 292 c. 3; SVR 2020 UV n° 13 c. 2.2). La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de l'art. 89 al. 1 let. c LTF, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Ainsi, il n'est pas nécessaire que cet intérêt juridique ou pratique soit identique à l'intérêt protégé par la norme que le recourant prétend violée. Il est néanmoins exigé que la personne qui recourt soit touchée plus intensément que quiconque par la décision attaquée et se trouve dans un rapport étroit, spécial et digne d'être pris en considération avec l'objet litigieux (ATF 138 V 292 c. 3, 133 V 188 c. 4.3.1; SVR 2009 BVG n° 27 c. 2.2).

1.2.2 Le dispositif d'une décision relative à une rente AI définit si la personne assurée a droit à une telle rente ou non. Le fait de savoir quel taux d'invalidité a servi de base à l'octroi ou au refus de la rente ne sert qu'à motiver cette décision. Le taux d'invalidité ne pourrait faire partie du dispositif que dans le contexte d'une décision en constatation. Or, un recours ne peut en principe s'en prendre qu'au dispositif de la décision (JAB 1993 p. 446 c. 1c, 1991 p. 331 c. 3; MICHAEL PFLÜGER, in: HERZOG/DAUM [édit.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2020, art. 65 n. 13). Par conséquent, lorsqu'un recourant ne conteste que les motifs d'une décision en matière de prestations de l'AI, il y a lieu de se demander s'il ne faut pas en déduire qu'il s'en prend néanmoins implicitement au dispositif de cet acte. Si ce n'est pas le cas, il convient encore d'examiner si le recourant dispose d'un intérêt digne de protection à faire constater immédiatement l'un des éléments intégrés à la décision entreprise (voir à cet égard: ATF 115 V 416 c. 3b/aa; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_552/2020 du 1^{er} décembre 2020 c. 3.1, 9C_814/2018 du 23 mai 2019 c. 3.1, 9C_431/2018 du 16 novembre 2018 c. 3.3, 9C_246/2016 du 31 août 2016 c. 3.1).

1.2.3 En l'occurrence, le recourant a expliqué qu'il était au chômage et qu'au vu de son âge (60 ans au moment du dépôt du recours), la décision de l'intimé péjorait ses chances de retrouver un emploi. Il a ajouté que cette décision lui causait une perte de revenu. Ce dernier argument n'est pas sans fondement. En effet, conformément à l'art. 40b de l'ordonnance fédérale du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (OACI, RS 837.02), est déterminant pour le calcul du gain assuré des personnes qui, en raison de leur santé, subissent une atteinte dans leur capacité de travail durant le chômage ou immédiatement avant, le gain qu'elles pourraient obtenir, compte tenu de leur capacité effective de gagner leur vie. L'art. 40b OACI vise à éviter une surindemnisation et à faire en sorte que les prestations de l'assurance-chômage ne soient pas supérieures à la capacité de travail résiduelle de l'assuré pendant son chômage (ATF 133 V 524 c. 5.2, 132 V 357 c. 3.2.3). De cette manière, l'assurance-chômage n'intervient que pour compenser la perte de gain, s'agissant de la part liée au chômage et non pour celle découlant de l'invalidité (ATF 140 V 89 c. 5.1). Le critère déterminant pour adapter le gain assuré est par conséquent le taux d'invalidité décidé par l'assurance qui a statué à ce sujet (ATF 136 V 195 c. 7.3; TF 8C_352/2021 du 7 décembre 2021 c. 2.2.3, 8C_746/2014 du 23 mars 2015 c. 3.3; voir aussi BORIS RUBIN, *Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage*, 2014, art. 23 n. 30). Il s'ensuit que le taux d'invalidité fixé par l'intimé dans la décision attaquée a un impact sur l'indemnisation du recourant en matière d'assurance-chômage (voir aussi en ce sens et dans des cas où un taux d'invalidité inférieur à 40% était en cause: ATF 140 V 89 c. 4.1, 133 V 524 c. 5.2 s.; TF 8C_352/2021 du 7 décembre 2021 c. 4.4 s., 8C_824/2013 du 30 septembre 2014 c. 5; voir également: RFJ 2011 p. 199, p. 202). Dans ces circonstances, il convient donc d'admettre que le recourant a un intérêt digne de protection à faire constater précisément le taux d'invalidité retenu dans la décision en matière d'AI, à l'occasion de la procédure de recours contre cet acte.

1.3 Au surplus, le recours a été interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites et auprès de l'autorité de recours compétente, si bien qu'il est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 74 ss de la loi

cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.5 Le 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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). Au cas particulier, dans la mesure où un éventuel droit à une rente pourrait prendre naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a introduit sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assuré a déposé sa demande en mai 2021, les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige (TF 9C_304/2022 du 27 juillet 2022 c. 3.1).

2.2 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 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).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.4 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'ancien (anc.) art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), 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.

2.5 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 (voir art. 16 LPGA).

2.6 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).

2.7 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 Par sa décision du 23 mai 2022, l'intimé a nié tout droit à la rente, en retenant que le recourant était en mesure d'assumer à plein temps une activité adaptée, légère à moyennement lourde, avec un rendement de

80%. Il a ensuite fixé le taux d'invalidité en comparant le revenu que le recourant pourrait percevoir dans une activité adaptée avec celui qu'il aurait obtenu sans invalidité. L'intimé, qui s'est en la matière fondé sur des bases statistiques, est alors parvenu à un taux d'invalidité de 33%. Il a aussi expliqué que même s'il s'était basé sur la capacité de travail attestée par le médecin traitant du recourant, à savoir de 80 à 90%, le taux d'invalidité aurait été de 15% et donc également insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

3.2 Le recourant explique quant à lui que l'intimé a rendu la décision attaquée au regard de l'état de santé qu'il présentait à la suite de son licenciement en 2020. Cet événement l'avait profondément marqué, puisqu'il avait été employé pendant près de 30 ans dans la même entreprise. Son état de santé s'était alors dégradé à la suite du choc subi après cette nouvelle. Il écrit toutefois qu'il a ensuite entrepris des séances d'ostéopathie et qu'il s'est suffisamment reposé pour retrouver l'état de santé qu'il présentait avant de perdre son emploi. Le recourant ajoute par ailleurs qu'à la suite de son opposition du 11 avril 2022, le taux d'invalidité de 33% initialement retenu par l'intimé avait été revu à la baisse, soit à 15%. Il se déclare ainsi apte à travailler à 100% et conteste être invalide à 15 ou 33%.

4.

Le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.1 Le médecin traitant le recourant a remis un rapport à l'intimé, daté du 28 septembre 2021. Il y a mentionné les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation après un licenciement jugé injuste, d'acouphènes chroniques et de déficience auditive de la perception des basses fréquences. Il a notamment attesté une incapacité de travail totale du 15 octobre 2020 au 31 mai 2021, à 75% au cours du mois de juin 2021, à 50% durant le mois de juillet 2021 et à nouveau à 100% du 1^{er} au 12 août 2021. Il a par ailleurs précisé que le recourant se sentait à nouveau capable de travailler. Avec son écrit, il a de plus remis les rapports suivants.

4.1.1 Dans un écrit du 8 février 2011 d'un centre hospitalier, le diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec pneumonie du lobe supérieur droit et infection de la grippe A (diagnostic différentiel: pneumonie lobaire) a été posé, de même que celui de glaucome. En outre, dans un rapport du 2 juillet 2013 d'un hôpital régional, le diagnostic de décompensation de BPCO sur infection virale des voies aériennes supérieures a été évoqué. Il a été relevé que le recourant avait souffert d'une dyspnée, qui avait justifié une hospitalisation du 23 au 26 juin 2013. De même, le 18 septembre 2013, un spécialiste en maladies pulmonaires a posé les diagnostics de pneumopathie obstructive chronique légère et de status après un abus de nicotine jusqu'en 2011.

4.1.2 Le 6 janvier 2012, un spécialiste en neurologie a constaté la présence d'un syndrome de tunnel carpien bilatéral et d'une subluxation du nerf cubital du coude gauche. Le recourant a donc subi une opération le 9 février 2012 (dossier [dos.]. AI 26/32; cure de tunnel carpien et neurolyse du nerf médian).

4.1.3 Le médecin traitant le recourant a encore produit un rapport d'un spécialiste en cardiologie, du 3 août 2015, qui a en particulier diagnostiqué des précordialgies d'origine indéterminée. Celles-ci avaient en effet provoqué un épisode isolé de douleurs thoraciques. Aucun traitement ni aucune mesure n'ont toutefois été conseillés à la suite de cet événement.

4.1.4 Puisqu'une clinique pour histopathologie et la cytologie avait posé le diagnostic d'hyperplasie prostatique symptomatique avec sténose du col de la vessie, le 1^{er} juin 2016 (voir aussi dos. AI 30/19, 30/43 et 30/50), l'assuré a été opéré le 31 mai 2016 (cystoscopie et résection transurétrale de la prostate; dos. AI 26/23). Il a encore subi une intervention le 10 septembre 2019 (épididymectomie droite), les diagnostics de suspicion d'épididymite droite chronique résistante aux traitements conservateurs et de dysurie sur repousses apicaux prostatiques ayant alors été mentionnés (voir en outre les rapports des 11 et 12 septembre 2019 de cette clinique; dos. AI 26/6 et 30/12). Le 7 juin 2021, un spécialiste en urologie a finalement retenu les diagnostics de douleurs irritatives à la miction avec surtout une sclérose de la vessie et de l'urètre.

4.1.5 Le 9 mai 2017, le centre hospitalier a aussi retenu les diagnostics d'acouphènes des deux côtés, présents depuis un mois, avec des attaques de vertiges récidivants. Il a aussi posé celui de glaucome. Un spécialiste en allergologie, en immunologie et en oto-rhino-laryngologie (ORL) s'est alors prononcé le 11 mai 2017 et a mentionné les diagnostics de dysfonction tubaires bilatérale, en présence notamment d'un acouphène bilatéral depuis environ quatre semaines, de réduction marquée, surtout à droite, des basses fréquences, de soupçon de diathèse atopique, ainsi que de glaucome traité. Une spécialiste en ORL a signalé pour sa part, le 23 mai 2017, un acouphène subaigu des deux côtés, en spécifiant qu'un traitement physio-thérapeutique avait permis une nette amélioration de l'atteinte, les vertiges ayant disparu. Une IRM cérébrale réalisée le 10 novembre 2017 n'a toutefois pas permis d'expliquer l'origine des acouphènes. En date du 27 mai 2020, le service des urgences de l'hôpital régional a cependant retenu le diagnostic de probable maladie de Ménière, en relevant que le recourant se plaignait à nouveau de vertiges, en progression et continus depuis deux jours. La spécialiste en ORL a ensuite posé les diagnostics de status après deux épisodes d'impression d'ivresse de plusieurs semaines, ainsi que d'acouphènes chroniques depuis des années, ce dans un rapport du 7 juillet 2020.

4.1.6 Par écrit du 20 octobre 2017, un spécialiste en angiologie a entre autres émis le diagnostic de plaques des carotides sans sténose grave, avec hypoplasie de l'artère vertébrale droite, thrombose de la veine jugulaire interne droite et agrandissement des ganglions du côté droit du cou.

4.2 Du dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, il apparaît que le recourant a été déclaré en état d'incapacité de travail à 100% par son médecin traitant dès le 15 octobre 2020, en raison de douleurs cervicales avec acouphènes et vertiges (dos. AI 21.2/1-12). Dans un rapport de ce médecin, du 28 décembre 2020, celui-ci a toutefois posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble de l'adaptation (ch. F43.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé), présent depuis septembre 2020. Il a en revanche retenu que les

atteintes somatiques n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail. Ce médecin a expliqué que le recourant souffrait surtout d'avoir été licencié après 30 ans de service et qu'il présentait un état dépressif, accompagné notamment de troubles du sommeil. Il a cependant ajouté que le pronostic était bon et envisagé une reprise du travail dans les deux à trois prochains mois (voir aussi dos. AI 25/1, à savoir une note de ce médecin, selon laquelle il n'y aurait pas de contre-indication pour la reprise de l'ancienne activité professionnelle, les acouphènes et douleurs cervicales étant présentes depuis longtemps et n'ayant pas empêché le recourant de travailler).

4.3 A l'appui de sa communication de détection précoce, le recourant a joint un écrit de son médecin traitant, du 24 février 2021, également rédigé à l'intention de l'assureur perte de gain en cas de maladie. Il y a indiqué avoir attesté une incapacité de travail totale depuis le 15 octobre 2020 et contesté l'avis du médecin conseil de cet assureur, selon qui l'assuré serait capable de travailler à 100% dès mars 2021. Il a relevé que le recourant présentait un trouble de l'adaptation et un état dépressif depuis son licenciement. De plus, il a évoqué des acouphènes et un syndrome douloureux chronique dans la zone de la nuque ainsi que de la ceinture scapulaire, qui se serait fortement accentué.

4.4 Un médecin spécialisé en médecine du travail du SMR s'est exprimé sur le dossier médical du recourant le 6 janvier 2022. Dans son rapport, il a retenu les diagnostics de bref épisode d'un trouble de l'adaptation à la suite d'un licenciement, de BPCO après un abus de nicotine de plusieurs années et avec des valeurs des fonctions pulmonaires acceptables, de vertiges et de déficience de la perception des basses fréquences, de même que de glaucome traité. Au terme de son examen, le spécialiste du SMR a conclu que les atteintes du recourant n'étaient pas graves au point de justifier une réduction de la capacité de travail.

4.5 Enfin, le 25 avril 2022, après la préorientation du 31 mars 2022, le médecin traitant a fait savoir que l'état de santé de son patient s'était amélioré et que celui-ci était dorénavant en mesure de travailler à un taux de 80 à 90% dans son ancienne activité. Il a encore écrit, le 20 juin 2022, que cette amélioration s'était poursuivie, au point que l'assuré était

dorénavant capable de travailler à 100%. Ce rapport, bien que postérieur à la décision entreprise, est pris en compte (voir toutefois: ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1, selon lesquels tel ne doit en principe pas être le cas des écrits postérieurs à la décision litigieuse), puisqu'il est de nature à influencer sur l'appréciation au moment où l'acte entrepris a été rendu (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

5.

Se pose la question de la force probante du rapport du SMR du 6 janvier 2022, sur lequel l'intimé s'est basé pour prononcer la décision attaquée.

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 fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne assurée 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 les 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 ne suffit pas à écarter ces doutes (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.3 En l'espèce, d'un point de vue formel, il faut constater que le rapport précise avoir été établi au regard de l'ensemble du dossier (dos. AI 32/2). Il décrit par ailleurs le contexte médical de façon compréhensible, à savoir sur la base du rapport de synthèse du médecin traitant, du 28 septembre 2021. Néanmoins, s'il est vrai que cet écrit se réfère aux atteintes observées par les spécialistes du recourant, celles-ci n'ont été documentées que sur le plan somatique. Or, alors que le SMR a aussi retenu un diagnostic psychique, soit celui de bref trouble de l'adaptation et qu'il résulte du dossier que le recourant avait consulté un spécialiste à ce sujet (dos. AI 25/1), le dossier est exempt du rapport de ce médecin. Sous cet angle, on ne saurait donc admettre que le rapport du 6 janvier 2022 repose sur une étude fouillée des points litigieux importants, ce d'autant plus que les incapacités de travail attestées par le médecin traitant ont surtout été motivées par l'atteinte psychique (voir c. 5.4). De surcroît, ni ce médecin, ni celui du SMR ne sont spécialisés en psychiatrie et en

psychothérapie. Ce faisant, contrairement à l'aspect somatique du dossier, étayé par des rapports de spécialistes que le SMR était donc en mesure d'apprécier sans spécialisation particulière (TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2), ce service ne pouvait en faire de même, s'agissant du volet psychique du dossier. Le rapport du 6 janvier 2022 ne s'exprime ainsi en rien sur l'atteinte psychique. Enfin, on ne peut ignorer que les conclusions du SMR sont particulièrement succinctes et en partie équivoques. En effet, alors que ce document exclut en fin de compte toute diminution de la capacité de travail, il mentionne également une capacité de travail de seulement 80%, dans le chapitre relatif au profil d'exigibilité. Partant, au vu de ce qui précède, le rapport du SMR est donc déjà sujet à caution, à l'aune d'un examen formel.

5.4 Sous l'angle matériel, il y a d'abord lieu de souligner que le diagnostic de BPCO après un abus de nicotine de plusieurs années et avec des valeurs des fonctions pulmonaires acceptables a été repris du dernier avis émis par le spécialiste en maladies pulmonaires consulté (voir c. 4.1.1). Ce diagnostic avait aussi été posé par le spécialiste en cardiologie du recourant (voir c. 4.1.3) et ne prête donc pas flanc à la critique. Quant à celui de vertiges et de déficience de la perception des basses fréquences, le SMR s'est basé à juste titre sur l'avis de la spécialiste en ORL, qui s'était exprimée pour la dernière fois le 7 juillet 2020, en exposant que ces atteintes étaient dues aux acouphènes présents depuis plusieurs années (voir c. 4.1.5). De même, le diagnostic de glaucome traité peut aussi être confirmé, puisqu'il avait été posé dès 2011 par le centre hospitalier ayant pris en charge le recourant (voir c. 4.1.1). Par ailleurs, il sied de constater que le spécialiste en maladies pulmonaires avait expliqué, à l'issue de ses examens, que la BPCO n'était que légère (dos. AI 26/26). S'agissant des vertiges (qui n'auraient jamais empêché le recourant de travailler, selon son médecin traitant; dos. AI 25/1), il faut rappeler que cette problématique s'est significativement améliorée après l'introduction d'un traitement thérapeutique manuel, d'après la spécialiste en ORL (dos. AI 26/4). Quant aux problèmes d'ouïe, aucun traitement n'a été jugé nécessaire et l'atteinte en la matière a aussi été jugée légère (dos. AI 26/14, voir aussi l'avis en ce sens du médecin traitant: dos. AI 30/3). Dans cette mesure, on comprend donc les restrictions attachées au profil d'exigibilité posé (l'exclusion

d'environnements bruyants et des activités contraignantes pour la respiration ou impliquant un risque de chute). Ainsi, du point de vue somatique et au regard du dossier (voir également c. 4.1.2 à 4.1.4 et 4.1.6), c'est de façon probante que le SMR a nié l'existence d'une pathologie assez grave pour impacter la capacité de travail.

5.5 Comme évoqué (voir c. 5.3), il n'est en revanche pas compréhensible que la capacité de travail a (aussi) été estimée à 80% par le SMR, dans son paragraphe concernant le profil d'exigibilité du recourant. Certes, ce taux s'apparente à celui arrêté par le médecin traitant, dans son rapport du 28 septembre 2021 (dos. AI 30/6), de même que dans son envoi du 25 avril 2022 (dos. AI 40/1). Le 24 février 2021, celui-ci avait cependant surtout justifié la réduction de la capacité de travail du fait du diagnostic de trouble de l'adaptation (dos. AI 21.2/4), qu'il avait posé dès le 28 décembre 2020 (dos. AI 21.2/8). Il en avait fait de même le 18 août 2021, en rappelant qu'il n'y avait aucune contre-indication physique pour la reprise de l'ancienne activité professionnelle (dos. AI 25/1). Enfin, dans son écrit produit pour l'intimé, du 28 septembre 2021, il a exposé que le recourant était désormais prêt à reprendre le travail, même à plein temps, l'état psychique s'étant amélioré depuis la résiliation de son contrat de travail par l'employeur (dos. AI 30/3). Néanmoins, il est nécessaire de souligner que la présence d'une atteinte psychique n'a été justifiée que du fait que le recourant s'était dit avoir été profondément blessé par son licenciement, qu'il avait jugé injuste, après plus de 30 ans au service du même employeur. Le médecin traitant avait alors écrit que son patient présentait un "état dépressif" (dos. AI 3/1). Le dossier ne contient toutefois aucun autre élément en la matière, si ce n'est une note d'août 2021, spécifiant que l'assuré avait consulté un psychiatre et psychothérapeute, à l'occasion toutefois d'une seule et unique séance (dos. AI 25/1). Dans ces circonstances, le diagnostic de trouble de l'adaptation (par ailleurs jugé "bref" par le SMR, sans aucune discussion) n'emporte pas conviction, de même que les incapacités de travail motivées par le médecin traitant sur cette base. Du fait toutefois de ces périodes d'incapacité de travail, des observations de ce médecin, ainsi que de la consultation d'un psychiatre/psychothérapeute, on ne peut pour autant exclure qu'une atteinte psychique impactant la capacité de travail soit survenue et se soit

manifestée au cours de la période couverte par l'objet de la contestation. Ce faisant, que l'on comprenne le rapport du SMR, en ce sens qu'aucune atteinte n'a eu de répercussion sur la capacité de travail (même au niveau psychique) ou en ce sens que la capacité de travail a été réduite à 80% (voire qu'elle est restée préservée mais avec un rendement réduit à 80%, comme l'intimé l'a retenu dans sa décision), l'écrit du 6 janvier 2022 est quoi qu'il en soit lacunaire, ambigu et peu convaincant. On ne peut donc admettre sa force probante.

6.

Il résulte de tout ce qui précède que l'intimé ne pouvait fonder sa décision et déterminer le taux d'invalidité du recourant sur la base du rapport du SMR du 6 janvier 2022. Le recours doit par conséquent être admis et la décision contestée du 23 mai 2022 annulée. Dans un premier temps, il incombera à l'intimé d'inviter le recourant à lui faire savoir s'il maintient sa demande de prestations de l'AI, cas échéant dans quelle mesure. En cas de retrait de cette demande, l'intimé rayera l'affaire de son rôle. En cas de maintien de la demande, il incombera à l'intimé de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychique, en sollicitant l'avis du psychiatre/psychothérapeute consulté par l'intéressé et/ou éventuellement par la mise en œuvre d'une expertise. Dans cette éventualité, l'intimé veillera à établir à suffisance la présence ou non d'un trouble de l'adaptation, voire d'une autre atteinte psychique et, cas échéant, en précisera l'évolution dans le temps. Cas échéant, il en appréciera le caractère invalidant au moyen des indicateurs standards prévus par la jurisprudence (ATF 143 V 409, 143 V 418, 141 V 281). Il se prononcera ensuite à nouveau sur le droit à la rente, en fixant le taux d'invalidité.

7.

7.1 En conclusion, le recours est admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il procède au sens des considérants.

7.2 Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI, art. 61 let. f^{bis} LPGA et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 132 V 215 c. 6.2). Le recourant, bien qu'obtenant gain de cause, n'est toutefois pas représenté et n'a pas déployé des efforts dépassant ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b et les références citées). Il ne lui est donc pas accordé de dépens, même sous la forme d'une indemnité de partie.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision du 23 mai 2022 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il procède au sens des considérants.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. Il n'est pas alloué de dépens, ni d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).