

200.2023.494.AI
N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 25 mars 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par **B.** _____
recourant

contre

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

et

C. _____
appelée en cause 1

et

D. _____
appelée en cause 2

relatif à deux décisions de ce dernier des 24 avril et 25 mai 2023



En fait:

A.

A. _____, né en 1963, au bénéfice d'un CFC de dessinateur sur machines (obtenu en 1985), a d'abord mis à profit cette formation sur le marché de l'emploi avant de se consacrer, dès 1988, à la profession de polygraphe apprise sur le tas. Suite à la perte à fin février 2010 de son emploi dans la branche, il a perçu des indemnités de chômage, puis s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) courant mai 2011 en vue d'une rente et de mesures professionnelles. A l'appui de sa demande, il a invoqué un diabète, de l'hypertonie, des douleurs lombaires chroniques ainsi que des migraines cervicales – toutes affections décrites comme remontant à 1999 et allant en s'aggravant. Entre septembre 2011 et fin 2018, l'Office AI Berne lui a accordé plusieurs mesures d'ordre professionnel qui, parmi celles menées à terme, ont abouti à un premier reclassement en bureautique et comme employé de commerce, puis à un second en tant que comptable spécialisé. Suite à l'interruption d'une observation professionnelle accordée début 2019, le même office a mis fin à la réadaptation professionnelle par décision du 6 mars 2020.

B.

Sur le plan médical, l'Office AI s'est d'abord enquis de l'avis d'un généraliste traitant, qui lui a remis des rapports de consultations liées à une problématique lombaire, ainsi qu'une expertise psychiatrique du 9 février 2010 diligentée par une assurance perte de gain en cas de maladie. Sur recommandation du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) ayant examiné l'assuré le 15 mai 2012, cet office a ensuite ordonné une expertise orthopédique, rédigée le 1^{er} octobre 2012. Renseigné sur des suivis endocrinologiques ainsi qu'auprès d'une clinique ophtalmologique après une neuropathie ischémique optique droite survenue en mai 2017, il a par ailleurs obtenu l'avis de cette clinique, d'une ophtalmologue et d'un généraliste traitants. Des informations relatives à

l'opération, début avril 2018, d'une récurrence d'hernie inguinale, à une neuropathie ischémique optique gauche en mai 2018 et à une consultation néphrologique lui sont également parvenues. Sur les conseils du SMR, l'Office AI a ordonné une expertise neuropsychologique et un consilium externe en ophtalmologie, rédigée pour l'une le 18 février 2019 et tenu quant à l'autre le 8 juillet 2019.

C.

Selon une préorientation du 20 février 2020, l'Office AI envisageait d'octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2019. Le 23 mars 2020, l'assuré, par l'entremise d'une collaboratrice du service juridique d'un syndicat, s'est opposé à ce préavis et a ultérieurement produit un rapport du 3 avril 2020 de sa généraliste (laquelle a encore transmis, courant février 2022, d'autres rapports médicaux). Sur recommandation du SMR, l'Office AI a ordonné une expertise pluridisciplinaire (en ophtalmologie, médecine interne, psychiatrie, neuropsychologie et orthopédie), dont le rapport a été rédigé le 4 octobre 2022. Un nouveau préavis du 27 octobre 2022 prévoyant d'accorder une demi-rente à partir du 1^{er} mars 2019 a été contesté par l'assuré, assisté d'une autre collaboratrice du service juridique du syndicat. Le SMR s'est prononcé le 16 janvier 2023 sur les rapports médicaux joints à ces objections. Par décisions des 24 avril et 25 mai 2023, l'Office AI a confirmé son préavis et fixé le droit à la rente, respectivement, dès le 1^{er} mai 2023 et pour la période du 1^{er} mars 2019 au 30 avril 2023.

D.

Par envoi du 26 juin 2023 (complété le 12 juillet 2023), l'assuré, toujours assisté par la même collaboratrice du syndicat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'Office AI du 25 mai 2023 et à l'octroi d'une rente entière. Dans sa réponse du 26 juillet 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, ainsi qu'à ce que le recourant supporte les frais de procédure et ne se voie pas allouer de dépens. Après avoir obtenu

un report de l'échéance fixée pour présenter une réplique, la mandataire du recourant ne s'est plus laissée entendre. A la demande du Juge instructeur, elle a produit sa note d'honoraires le 20 octobre 2023. Par ordonnance du 7 février 2024, ce dernier a rendu le recourant attentif au risque d'une réforme de la décision attaquée à son détriment, lui a offert la possibilité de s'exprimer à ce sujet et l'a invité à faire savoir au Tribunal s'il entendait maintenir ou non son recours. Dans un courrier du 14 février 2024, l'intéressé a indiqué maintenir son recours et, en modification de ses conclusions antérieures, a principalement requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire en vue de faire compléter/préciser l'expertise pluridisciplinaire du 4 octobre 2022. Le 23 février 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions et renoncé à formuler des remarques. La mandataire du recourant a produit le 27 février 2024 une note d'honoraires actualisée. Le 3 avril 2024, les institutions de prévoyance D. _____ et C. _____ ont encore été appelées en cause et ont eu l'occasion de se déterminer. La première y a expressément renoncé et la seconde n'a pas fait usage du droit qui lui a été accordé pour ce faire.

En droit:

1.

1.1

1.1.1 En procédure de recours de droit administratif, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 c. 2.1; SVR 2021 AHV n° 21 c. 5.2).

1.1.2 En l'espèce, dans une décision du 24 avril 2023, l'intimé a tout d'abord reconnu un droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2019, a fixé le montant de celle-ci et a exposé que cette prestation allait être versée dès le 1^{er} mai 2023. A cet égard, l'intimé a expliqué qu'il était en train de déterminer l'éventuelle compensation du paiement rétroactif de la rente avec des prestations déjà servies et, afin d'éviter tout retard, qu'il accordait le versement de cette prestation à compter du 1^{er} mai 2023, une décision allant être rendue ultérieurement s'agissant du droit à la rente avec effet rétroactif. Ainsi, par décision du 25 mai 2023, l'intimé a une nouvelle fois reconnu que le recourant avait droit à une demi-rente dès le 1^{er} mars 2019, en a fixé le montant jusqu'au 30 avril 2023 et en a ordonné le paiement (après compensation avec des versements de la caisse de chômage et du service social, notamment). Avec son recours du 26 juin 2023, l'assuré n'a toutefois attaqué que la dernière de ces deux décisions. Ce recours a en effet été expressément dirigé contre la (seule) décision du 25 mai 2023. Il a d'ailleurs été remis à la Poste (voir art. 60 al. 2, en lien avec l'art. 39 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) après l'expiration du délai de recours contre la première décision du 24 avril 2023 rendue par l'intimé.

1.1.3 Dans le contexte des rentes échelonnées et/ou limitées dans le temps, le Tribunal fédéral (TF) a jugé que l'octroi et la révision (rétroactive) de la rente devaient faire l'objet d'une seule et même décision. Il a en effet rappelé que cette approche était la seule qui était compatible avec le principe commandant à l'Office AI d'instruire, d'évaluer, de décider et de rendre une décision couvrant l'ensemble de la période allant jusqu'à son prononcé (ATF 131 V 164 c. 2.3.1 et c. 2.3.3). Le TF s'est référé à cet égard à l'ATF 125 V 413, dans lequel il avait relevé qu'une rente échelonnée et/ou limitée dans le temps, décidée avec effet rétroactif, devait être assortie d'un motif de révision, ce qui impliquait une comparaison des faits déterminants dans le temps, à savoir de l'évolution des circonstances durant la période déterminée par la décision d'octroi de la rente. Partant, il avait souligné que l'examen du Juge ne devait pas pouvoir être limité à certaines périodes de versement de la rente (ATF 125 V 413 c. 2d). Le droit rétroactif à la rente doit donc être tranché dans une seule décision

évaluant aussi bien les prestations pour l'avenir que le temps écoulé entre la demande et la décision, ce en regard du lien matériel existant entre les circonstances des différentes périodes concernées par le droit à la rente (ATF 135 V 141 c. 1.4.5). En revanche, dans le cas où un tribunal cantonal avait statué sur le droit à la rente pour la période courant depuis la naissance de celui-ci jusqu'à une date ultérieure déterminée, tout en renvoyant la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le TF, s'agissant de la période suivante, a indiqué que l'ATF 131 V 164 n'excluait pas un tel procédé. Il a alors qualifié la décision en cause de décision partielle, susceptible de faire l'objet d'un recours indépendant (voir art. 91 let. a de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]; ATF 135 V 141 c. 1.4.6 et c. 5.1).

1.1.4 Au cas particulier, il est toutefois question de la situation inverse, dans laquelle il a été statué sur le droit à la rente pour le futur, mais où il a été renvoyé, s'agissant du rétroactif, à un prononcé ultérieur. Notre Haute Cour s'est néanmoins aussi prononcée au sujet de cette constellation et a retenu qu'une telle démarche n'était pas admissible, pour les raisons exposées dans les ATF 125 V 413 c. 2 et 131 V 164 c. 2.2 (l'objet du litige étant le droit à la rente dans son ensemble). En effet, le droit à la rente ne peut être tranché que jusqu'à un certain moment, en principe jusqu'au prononcé d'une décision. Or, une fois fixé définitivement, ce droit reste contraignant pour l'avenir (sous réserve d'une révision procédurale ou d'une reconsidération; voir art. 53 al. 1 s. LPG) jusqu'à ce que son ampleur soit réduite ou augmentée dans le cadre d'une procédure de révision (art. 17 LPG), du fait d'une modification importante du degré d'invalidité. Par conséquent, le droit à la rente pour une période postérieure ne peut être fixé tant qu'il n'a pas fait l'objet d'une décision définitive pour la période précédente, faute de conduire à un échelonnement temporel inadmissible de l'examen du droit à la rente. Si une telle décision est néanmoins rendue, celle-ci doit être considérée comme une décision incidente (TF 9C_740/2016 du 31 janvier 2017 c. 2.2, 9C_337/2021 du 26 juillet 2021), dont les constatations ne lient pas l'autorité judiciaire (ATF 135 V 148 c. 5.2; TF 9C_148/2019 du 8 juillet 2019 c. 4.1).

1.1.5 Il s'ensuit que même si le recourant n'a pas recouru contre la décision du 24 avril 2023 lui allouant une rente à partir du 1^{er} mai 2023, cet acte, en tant que décision incidente, n'est pas entré en force et n'exclut pas l'examen du droit à la rente à compter de cette même date. Au contraire, en dépit des deux actes prononcés par l'intimé, il sied de se déterminer sur le droit à la rente pour l'ensemble de la période concernée par ceux-ci.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et art. 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 les décisions litigieuses 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 148 V 162 c. 3.2.1, 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 a été introduite la demande de

prestations (art. 29 al. 1 LAI) et que l'assuré a déposé sa demande en mai 2011, les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables au présent litige.

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 un 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).

2.3 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; RO 2007 5129), 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.

2.4 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; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit toutefois pas pour admettre que celle-ci 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. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.5 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2020 KV n° 23 c. 8.3.2).

3.

3.1 Dans sa première décision du 24 avril 2023 (voir son édition complète au dossier intimé [dos. int.] 295/1-12) dont la motivation vaut également pour la seconde décision du 25 mai 2023, l'intimé indique se rallier à l'expertise pluridisciplinaire du 4 octobre 2022 qui, selon lui, revêt une entière force probante. Il en infère une capacité de travail entière dans

une activité idéalement profilée, avec une baisse de rendement de 40% motivée par une fatigue liée aux douleurs physiques, une fatigabilité visuelle ainsi qu'une diminution de la vitesse d'exécution consécutives au second accident ophtalmologique de mai 2018. Se prononçant sur les rapports médicaux postérieurs à l'expertise, l'intimé est d'avis qu'il n'en ressort aucune aggravation objective, ni atteinte nouvelle, ainsi que le SMR l'a également retenu le 16 janvier 2023. Dans sa réponse au recours, il précise encore que l'âge de l'assuré (60 ans) ne l'empêche pas de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle, puisque celle-ci lui est reconnue depuis mai 2018 alors qu'il était âgé de 55 ans et qu'il a bénéficié de nombreuses mesures d'ordre professionnel.

3.2 De son côté, le recourant considère que l'expertise pluridisciplinaire ne permet pas d'établir à satisfaction sa capacité de travail résiduelle. S'il admet que les experts sont globalement unanimes quant au taux d'activité exigible, il observe des disparités entre leur évaluation consensuelle et les constatations propres à leur spécialité, respectivement entre leurs estimations respectives des exigences reconnues. De son avis, l'intimé n'a pas tenu compte non plus de toutes les circonstances personnelles rapportées au dossier, en particulier de son âge, d'un long éloignement du marché du travail et de ses échecs pour réintégrer celui-ci. En outre, il estime que l'expertise atteste de limitations physiques et intellectuelles à ce point élevées qu'aucun employeur ne serait disposé à l'engager dans un marché équilibré du travail, à plus forte raison après le COVID long qu'il a développé en sus et qui anéantirait toute velléité de recouvrer une capacité de travail telle celle reconnue par les experts.

4.

Il ressort du dossier les principaux éléments de faits suivants:

4.1

4.1.1 En 1995, l'assuré a subi une appendicectomie, puis a bénéficié dès la même année de plusieurs cures de hernies inguinales des deux côtés –

la dernière opération de ce type remontant à janvier 2022 (dos. int. 57.4/25-31; 187/42-49; 265/2-4).

4.1.2 A partir d'août 1998, l'intéressé s'est plaint de douleurs lombo-vertébrales qu'un neurochirurgien, consulté en février 1999, a expliquées par une discopathie dégénérative L5/S1 établie à la radiologie (dos. int. 11/25). Un deuxième neurochirurgien a été vu en mars 2000, puis un chirurgien orthopédique courant 2004 (dos. int. 11/20-24). Tout facteur de risque de type ostéoporose a été exclu vers mi-2012 en lien avec plusieurs fractures costales diagnostiquées la même année (voir c. 4.1.3; dos. int. 57.4/1-7). Une médecin interniste et rhumatologue a ensuite été consultée dès 2019 en raison de plaintes scapulaires, auxquelles se sont par la suite ajoutées des douleurs aux mains, aux pieds et à la crête tibiale (dos. int. 267/17 s.; voir aussi dos. int. 281.5/4). La problématique en L5/S1 a quant à elle été traitée, dès août 2020, au moyen d'infiltrations auprès d'un médecin orthopédiste et traumatologue (dos. int. 267/14-16). Dans son dernier rapport établi le 30 août 2022, la rhumatologue traitante a fait état d'une arthropathie goutteuse avec atteinte polyarticulaire, relativement stabilisée sous traitement depuis deux à trois ans. Elle a en outre mentionné la présence d'un HLA-B27 positif laissant suspecter une éventuelle spondylarthrite séronégative associée (dos. int. 289/8).

4.1.3 Sur le plan radiologique, des examens du 1^{er} juin 2004 de la colonne vertébrale lombaire et du bassin ont révélé, par rapport au status de 1999 (non documenté au dossier), une importante ostéochondrose en L5/S1, une hernie discale médiane avec léger déplacement de la racine S1, une augmentation de la hernie discale en L4/L5 ainsi que des protrusions discales légères en L2/L3 et L3/L4 et, comme en 1999, un rétrécissement foraminaux en L5/S1 (dos. int. 57.4/24). D'autres investigations radiologiques entre février 2006 et février 2011 sur les plans abdominal, scapulaire et méniscal gauche, (crânio)-thoracique et hypopharyngien-œsophagien n'ont rien démontré de particulier, excepté une stéatose hépatique et une diverticulite (dos. int. 57.4/13-22). Par la suite, des imageries lombaires et cervicales ont mis au jour, les 15/19 avril 2011, une pathologie plurisegmentaire avec chondrose des disques L2-S1 et ostéochondrose érosive, une vaste hernisation des disques

intervertébraux dorsaux avec possible irritation de la racine L5/S1, de larges protrusions des autres disques avec impression légère du sac dural, une rupture de l'annulus du disque intervertébral L2/L3 comme stade antérieur d'une hernie discale, ainsi qu'une protrusion discale légère en C4/C5 avec rétrécissement foraminaux en C5 (dos. int. 11/7-9). Des examens radiologiques thoraciques le 1^{er} mai 2012 et thoraco-abdominaux le 28 juin 2012 ont quant à eux mis en évidence, pour les premiers, des processus dégénératifs avec possible irritation du sac dural et, concernant les seconds, une fracture des côtes 5-7 à gauche, un léger tassement vertébral ventral en Th8 et une ostéochondrose intervertébrale (dos. int. 41/2-3; 57.4/7-8). En l'absence de tout substrat objectivé lors de sonographies rénale et neuro-vasculaire en juin 2018, des IRM du pied droit le 25 mars 2019 et dorso-lombaire le 21 juillet 2020 ont pour leur part révélé une aponévrosite plantaire, ainsi qu'une discopathie pluri-étagée en D3/D4 et D7/D8 sans compression et une étroitesse foraminaux en L5/S1 avec possible irritation de la racine L5 (dos. int. 187/20; 267/33-34; 281.5/3). Enfin, une IRM scapulaire gauche du 10 septembre 2021 a mis au jour une capsulite rétractile, une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire et un épanchement intra-articulaire (dos. int. 281.2/12).

4.1.4 Un premier médecin consulté dès fin janvier 1998 a fait état, le 7 juin 2011 (avec influence sur la capacité de travail), d'un lombago chronique sur hernie discale L5/S1 avec compression intra-foraminaux, de plusieurs status dégénératifs révélés aux radiographies et IRM des 15 et 19 avril 2011 (voir c. 4.1.3), ainsi que d'une évolution dépressive. Hormis pendant les périodes d'incapacité de travail entière du 27 juillet 2009 au 28 février 2010 et du 23 (ou 28) mars au 25 avril 2011, il a estimé qu'une activité adaptée était exigible de 70 à 100% (dos. int. 11/1-6). Ce médecin a confirmé son diagnostic début janvier 2012, tout en corrigeant ses conclusions relatives à la capacité de travail résiduelle, désormais estimée à 40% (dos. int. 24/1-2). Un nouveau généraliste a fait état le 2 mars 2018 d'une péjoration médicale et a diagnostiqué (avec influence sur la capacité de travail) une neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique (NOIAN) droite et un déficit du champ visuel droit. D'après lui, un temps de présence moyen de 75% était exigible sur le premier marché de l'emploi (dos. int. 135/1-7). Sa consœur ayant repris le suivi a diagnostiqué, le 23

septembre 2018 (avec répercussion sur les aptitudes de travail), des NOIAN droite (mai 2017) et gauche (mai 2018), des problématiques substituées sous l'angle endocrinologique/diabétique et une maussaderie dépressive. Aucune capacité de travail n'était exigible selon elle (dos. int. 146/2-4). Dans un rapport du 3 avril 2020, cette doctoresse a évoqué une polymorbidité et estimé la capacité de travail limitée à deux heures par jour (dos. int. 229/3). Le 17 février 2022, elle a exclu toute activité professionnelle soutenue motif pris d'une vue défectueuse et a relevé une fonction rénale péjorée du fait d'un diabète difficile à stabiliser, ainsi que des limitations quotidiennes à la marche et à l'effort, mais même au repos, induites par des douleurs articulaires (dos. int. 267/2). Dans un ultime rapport du 21 novembre 2022, cette médecin a énuméré les diverses atteintes présentes, à savoir un diabète instable en cas de stress, une tension artérielle traitée mais labile, des troubles cognitifs, des troubles de vision associés à une fatigabilité, des restrictions articulaires et liées à la douleur (talons, dos, épaules), ainsi qu'une immunité amoindrie suite à une infection par le COVID-19 à fin septembre 2022 (dos. int. 289/6-7).

4.1.5 Une expertise psychiatrique a été réalisée début février 2010. Au terme de son exploration, l'expert a diagnostiqué, au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (ch. F43.2 CIM-10) ensuite d'un licenciement survenu en juillet 2009, ainsi qu'une personnalité anxieuse/évitante (ch. F60.6 CIM-10). Il estimait que l'assuré avait bien récupéré de ses symptômes dépressifs apparus en juillet 2009 et qu'il pouvait reprendre, vu la bonne évolution du trouble de l'adaptation, une activité à 100% dès le 1^{er} mars 2010 (dos. int. 11/10-19).

4.1.6 Une expertise orthopédique effectuée le 1^{er} octobre 2012 a permis d'établir la présence (avec influence sur la capacité de travail) d'un syndrome douloureux lombo-vertébral chronique dès 1999 résistant aux thérapies et associé à plusieurs status dégénératifs (chondrose L2/S1, ostéochondrose érosive L5/S1, sans compression neurale ni sténose spinale; ch. M54.4 CIM-10), de douleurs cicatricielles bilatérales chroniques dans l'aine avec récurrence inguinale et adhésions au niveau de l'ancienne

cicatrice de l'appendicite (ch. R10.3 CIM-10) depuis 1995, ainsi que d'un syndrome douloureux cervico-vertébral chronique résistant aux thérapies avec protrusion discale en C4/C5 et rétrécissement foraminaux en C5 (ch. M43.13 CIM-10) à partir de 2011. Une activité excluant le soulèvement et le port de charges de plus de 5 kg, les postures debout, assis et à la marche au-delà, respectivement, de 45, 60 et 45 minutes, était jugée exigible à plein temps avec une baisse de rendement de 20% (dos. int. 57.1/3-18).

4.1.7 Le recourant a été suivi dès le 8 mai 2017 auprès d'une clinique ophtalmologique suite à une NOIAN droite (dos. int. 122/3-4; 267/24). Dans un rapport du 29 janvier 2018, son ophtalmologue traitant a constaté une enflure au niveau des papilles droites, ainsi qu'une perte de vision et une limitation du champ visuel consécutives à cette NOIAN. La capacité de travail était estimée entière dans l'emploi usuel (dos. AI 127/1-5). Le 18 mai 2018, l'assuré a été victime d'une seconde NOIAN, à gauche cette fois-ci, pour laquelle il a été suivi jusqu'en août 2018 auprès de la clinique précitée (dos. int. 146/10-11; 187/32). Le 10 janvier 2019, celle-ci a estimé à 100% la capacité de travail offerte dans l'activité de comptable (dos. int. 171/1). Lors d'un consilium ophtalmologique du 8 juillet 2019 convoqué par le SMR, la même clinique a chiffré à 100% la capacité de travail offerte, avec un rendement réduit de 20% (pour pauses accrues), dans l'activité usuelle de comptable et exclu toute restriction dans une activité n'exigeant pas une vision stéréoscopique et en profondeur élevée, tel un emploi de bureau ou de service (dos. int. 217/4-7). Le suivi a été continué auprès d'un nouvel ophtalmologue traitant (dos. int. 204/3-5; 267/3-5).

4.1.8 Du fait d'une hyperkaliémie et d'une insuffisance rénale constatées lors de la prise en charge ophtalmologique du 8 mai 2017, l'assuré a été soumis le même jour à un consilium néphrologique, au terme duquel sa médication a été adaptée (dos. int. 122/5-7). Le 19 juin 2018, il a consulté un autre service néphrologique, qui a fait état d'un recul lent de la créatinine, d'une acidose métabolique corrigée, mais d'une importante hyperkaliémie persistante et d'une hypertension non encore corrigée de manière optimale (dos. int. 187/22-31). En date du 11 juillet 2018, le même service a diagnostiqué une péjoration subaiguë d'une néphropathie chronique préexistante, une hypertension artérielle et un soupçon de

cardiopathie diabétique, une anémie normo-chrome normocytaire, un diabète mellitus de type 2, une NOIAN bilatérale, des problématiques musculo-squelettique, abdominale et inguinale ainsi que psychosociale (dos. int. 187/9-19). Cette prise en charge spécialisée a été close le 20 septembre 2018 après stabilisation de la fonction rénale (dos. int. 187/2-6).

4.1.9 Un suivi a été ensuite initié en février 2018 auprès d'un médecin interniste, endocrinologue et diabétologue en raison d'un diabète mellitus de type 2 remontant à 2003, associé à des facteurs à risque (hypertension artérielle traitée, hypercholestérolémie et taux d'hémoglobine glyquée [HbA1c] de 10.4%; dos. int. 135/6-7). Des contrôles ont eu lieu en 2018 et 2021. Le 13 juillet 2021, ce médecin a indiqué que l'atteinte en question était sous contrôle (dos. int. 187/39-41; 267/9-10).

4.1.10 Une expertise neuropsychologique du 18 février 2019 a révélé de légères atteintes fonctionnelles cognitives, en raison desquelles la capacité de rendement offerte dans tout type d'activité a été estimée réduite d'environ 10%. En raison d'une appréciation divergente entre l'assuré et ses médecins concernant la problématique ophtalmologique, l'expert a jugé nécessaire d'en clarifier les répercussions médicales (dos. int. 190.1/1-24).

4.1.11 Un bilan cardiologique réalisé le 25 septembre 2020 en raison notamment d'une tachycardie sinusale connue a permis de constater une fréquence moyenne élevée sans perturbation du rythme cardiaque, ainsi qu'une fonction systolique globalement dans la norme (dos. int. 267/11-13).

4.2 Dans l'expertise pluridisciplinaire du 4 octobre 2022, les experts ont posé comme diagnostics relevant de la CIM-10 une chondrose multi-segmentaire en L2/S1 avec stéochondrose érosive en L5/S1 sans neuro-compression ni sténose du canal spinal (ch. ME84.2Y CIM-10), un syndrome douloureux cervico-vertébral chronique réfractaire au traitement dans le contexte d'une discrète protrusion discale C4/C5 avec rétrécissement foraminaux en C5 (ch. ME84.0 CIM-10), une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire gauche (ch. FA03.0 CIM-10), des douleurs inguinales chroniques bilatérales avec cures répétées (ch. MD81.12 CI -10), un diabète de type 2 insulino-requérant avec complications micro-vasculaires sous forme de néphropathie diabétique

(insuffisance rénale modérée) et de status post NOIAN avec scotome bilatéral séquellaire (ch. 5A11/GB61.Z/8C1Z CIM-10), une cataracte sous-capsulaire postérieure débutante à gauche (ch. 9B10.21 CIM-10), un épisode dépressif récurrent, actuellement léger (ch. F33.0 CIM-10), une accentuation de traits de personnalité (ch. Z73.1 CIM-10) et un trouble neurocognitif léger à moyen (ch. 6D71 CIM-10). Ils ont admis des limitations fonctionnelles sur les plans ophtalmologique, neuropsychologique (cognitif) et orthopédique, en raison desquelles ils ont jugé adaptée une activité n'impliquant pas principalement de lire ou d'écrire ni de se livrer à une observation prolongée, ne sollicitant pas intensément la mémoire ou ne requérant pas de rapidité d'exécution, n'exigeant pas le port de charges de plus de 5 kg, des tâches en flexion-extension et en rotation du tronc, en position agenouillée ou accroupie, offrant d'alterner les postures, ainsi qu'excluant les tâches au-dessus de l'horizontale des épaules, la marche prolongée et l'utilisation d'échelles ou d'escabeaux. Dans une telle activité profilée, la capacité de travail était jugée entière de 2011 à mai 2018 (en réalité jusqu'au 17 mai 2018) avec une baisse de rendement de 20%, puis à 60% dès mai 2018 (en réalité dès le 18 mai 2018) – les fluctuations de la capacité de travail étant à rattacher au nouvel épisode de NOIAN survenu le 18 mai 2018. Cette baisse de rendement était motivée par la fatigabilité visuelle, la lenteur de traitement et un besoin d'alterner les postures de travail (dos. AI 281.1/5-7).

4.3 Le SMR a initialement attesté, le 4 août 2011, une capacité de travail entière dans un emploi adapté (dos. int. 13/3). Le 15 mai 2012, l'assuré a été examiné par un médecin interniste de ce service, qui a recommandé les investigations orthopédiques réalisées le 1^{er} octobre 2012 (dos. int. 46/1-3). Dans un rapport du 4 décembre 2018, un autre médecin interniste et rhumatologue du SMR a conclu à la nécessité – corroborée par un confrère – de procéder à une expertise neuropsychologique, effectuée le 14 février 2019 (dos. int. 160/3-11). En possession de ces éléments, le second médecin interniste a attesté, le 12 mars 2019, une capacité de travail de 75% avec un rendement réduit de 20% dans les activités usuelles, jugées adaptées (dos. int. 197/2-12). Suite à l'allégation d'une péjoration sur ce plan médical, un consilium ophtalmologique a été convoqué le 8 juillet 2019 (dos. int. 208/3-5). Sur les recommandations en

avril 2020 d'un spécialiste en médecine psychosomatique et psychothérapie du SMR, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée courant 2022 (dos. int. 232/3). Le 16 janvier 2023, un médecin du SMR formé en médecine générale et du travail a exclu toute péjoration médicale depuis cette expertise (dos. int. 293/8 s.).

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire qui sert de fondement aux décisions litigieuses de l'intimé.

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 En l'espèce et quant à leur forme, les conclusions uni-disciplinaires qui sous-tendent l'appréciation pluridisciplinaire, dont les investigations médicales se sont déroulées entre mars et juin 2022, ne répondent de prime abord pas toutes aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 5.1 supra). Les qualifications des spécialistes consultés en médecine interne le 15 mars 2022, psychiatrique le 22 mars 2022, ophtalmologique le 27 avril 2022, neuropsychologique le 19 mai 2022 et orthopédique le 7 juin 2022 ne sauraient certes être mises en doute. Ces experts ont également dressé un état minutieux des plaintes en organisant des entretiens à la fois spontanés et approfondis avec l'assuré, excepté au plan ophtalmologique où l'expertise surtout axée sur l'examen clinique ne nécessitait pas une telle contextualisation des problématiques de santé. Une synthèse minutieuse des actes médicaux a de plus été livrée sous l'angle médical interne, à

laquelle les autres experts ont choisi soit de renvoyer en complétant cas échéant celle-ci par des éléments propres à leur spécialité, soit (s'agissant de l'expert ophtalmologue) de n'en faire aucune mention ni d'y substituer d'autres sources médicales. Ces façons différenciées de procéder ne prêtent en soi pas le flanc à la critique. Sous l'angle psychiatrique toutefois, il apparaît problématique que l'expert se soit contenté de renvoyer à la synthèse dressée par sa consœur interniste, sans recueillir d'autres éléments d'appréciation. En effet, la discussion consensuelle à laquelle il a participé évoquait une nouvelle décompensation psychique survenue six mois avant l'expertise, certes rapportée par l'assuré lui-même, mais en lien avec laquelle était explicitement évoquée une prise en charge thérapeutique (la médecin interniste relatait également ce suivi et citait même le nom de la thérapeute consultée; dos. int. 281.2/14). Or, l'expert psychiatre n'a nullement cherché à s'enquérir de cette prise en charge, ni n'en a seulement fait mention dans son rapport d'expertise. Qui plus est, il s'est même référé à ce second épisode dépressif (après celui de 2010) pour motiver son diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents (voir à ce sujet c. 5.3.2 ci-après). Enfin, on relèvera que le fait que l'expert ophtalmologue n'ait pas été désigné par SuisseMED@P, mais par l'Office AI lui-même en vue d'accélérer la procédure (dos. int. 247/1-2; 249/1-3) pourrait être constitutif d'un vice formel. Les expertises pluridisciplinaires ne laissent aucune place en effet à une désignation consensuelle des experts (ATF 140 V 507 c. 3.2.1). Néanmoins, le recourant n'a soulevé aucune objection quant à ce mode de désignation de l'expert ophtalmologue par l'intimé, lequel s'est référé à cet effet à un courrier de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) du 25 novembre 2021 tolérant exceptionnellement et avec l'accord de l'assuré une répartition différente du mandat d'expertise, au moyen d'une expertise monodisciplinaire en ophtalmologie et d'une expertise pluridisciplinaire pour les autres disciplines (dos. int. 249/1). Cet écrit avait en effet été rédigé en réponse à une lettre de l'assuré, par sa représentante, du 29 juin 2021, dans laquelle celui-ci s'était plaint de n'avoir pas été convoqué à l'expertise pluridisciplinaire, alors que plus d'un an s'était écoulé depuis que l'intimé l'avait informé du fait qu'une telle mesure d'instruction était nécessaire (dos. int. 240/1). L'OFAS a alors accepté qu'il soit dérogé au principe de l'attribution aléatoire du mandat d'expertise, s'agissant de la discipline

ophtalmologique, afin d'accélérer la procédure. Il a relevé de sensibles retards pour l'attribution des mandats comprenant les disciplines de la neuropsychologie, de la néphrologie et de l'ophtalmologie, ce d'autant plus durant la pandémie de COVID-19 (dos. int. 247/1). Dans ces circonstances exceptionnelles, il n'y a dès lors pas de motif formel suffisant pour invalider l'expertise rendue par l'expert ophtalmologue. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté dans le recours.

5.3 Sous l'angle matériel, plusieurs des évaluations uni-disciplinaires n'offrent pas non plus une probité suffisante.

5.3.1 Pour revenir à l'expertise psychiatrique du 28 mars 2022 (datée par erreur du 28 mars 2021), il appert d'emblée que les constatations dressées par l'expert sont très succinctes et tiennent sur quelques lignes seulement. A leur égard, se pose tout d'abord la question de savoir si le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel léger, retenu peut s'appuyer sur des éléments de motivation suffisants au regard de la CIM-10. D'après cette classification en effet, le trouble ou épisode dépressif récurrent (F33) est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes typiques des trois degrés de dépression, à savoir léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2), chez un sujet qui présente habituellement un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe en outre une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'appétit, auxquelles peuvent s'ajouter d'autres symptômes dits "somatiques", tels un ralentissement psychomoteur important, une agitation, une perte d'intérêt ou de plaisir, de poids ou de libido. On retrouve en revanche presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer le degré de gravité de l'épisode dépressif. Ainsi, un épisode dépressif est à qualifier de léger en présence d'au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut, de moyen si au moins quatre d'entre eux sont réunis et de sévère lorsque plusieurs

symptômes apparaissent marqués et pénibles et qu'on est en présence d'idées et de gestes suicidaires ou de symptômes "somatiques" (voir Table CIM-10-GM 2022 éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS], p. 190 ss, consultable à partir du lien <www.bfs.admin.ch> en sélectionnant les rubriques "Services", "Catalogues et banques de données", "Publications", "CIM-10-GM 2022 [numéro OFS 1188-2212; date de publication: 15.12.2021]").

5.3.2 En l'espèce, l'expert psychiatre n'a pas spécifié les symptômes dépressifs propres à motiver son diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0 CIM-10). Bien plus et sans en discuter la relevance sous l'angle diagnostique, il s'est contenté de restituer certaines plaintes exprimées (découragement lié à la situation financière, difficultés sexuelles et de socialisation, nombreuses peurs quotidiennes, tristesse liée à la solitude) ou certaines observations cliniques (contact un peu distant avec un expertisé toutefois collaborant, ton de voix monotone, léger ralentissement et fatigue en cours ou fin d'entretien, latence aux réponses, pauvreté du discours avec un contenu centré sur des éléments factuels présentés comme une fatalité, tendance à la victimisation, manque d'introspection et de mise en perspective, tendance générale à projeter ses malheurs sur autrui, thymie abaissée et morosité générale, tonalité globale plutôt plaintive; dos. int. 281.3/3-5). Lors de sa discussion, l'expert a par ailleurs souligné qu'hormis des difficultés à s'affirmer et à nouer des contacts, il n'existait pas de limitation particulière "sur le plan psychiatrique exclusivement" (dos. int. 281.3/6 ch. 7.4). Cette affirmation contredit cependant sa propre évaluation diagnostique, conditionnée à la présence d'au moins deux à trois symptômes dépressifs, parmi lesquels ne figurent précisément pas les difficultés prédécrites (voir c. 5.3.1). Le même expert ne fait aucune mention par ailleurs de pensées suicidaires, alors que de telles pensées ou idées noires ont été rapportées par ses consœurs interniste et neuropsychologue (dos. int. 281.2/15 ch. 3.2a; 281.4/2 ch. 2). Il ne motive pas davantage la récurrence des épisodes dépressifs retenue dans ses conclusions uni-disciplinaires. Il est vrai que cette récurrence est justifiée dans l'expertise consensuelle, à laquelle il a participé, par la succession de deux épisodes dépressifs, respectivement en 2010 et six mois avant l'expertise. Comme déjà relevé (c. 5.2), aucune instruction

complémentaire n'a toutefois été effectuée par l'expert psychiatre quant à ce second épisode dépressif. Si l'expertise consensuelle s'avère ensuite davantage précise que l'expertise psychiatrique sous l'angle de l'énumération des symptômes dépressifs (thymie triste, morosité, troubles du sommeil et diminution des plaisirs), elle ne parvient néanmoins pas à en suppléer les lacunes. D'une part, les troubles du sommeil dont elle fait mention sont contredits par les indications de l'assuré à l'expert psychiatre, selon lesquelles il peut "dormir sans interruption pendant 10 à 12 heures" (dos. int. 281.3/4 ch. 3.2); celui-ci n'a d'ailleurs pas fait mention de ces troubles dans son expertise. D'autre part, l'expertise consensuelle ne motive pas à suffisance non plus l'épisode dépressif actuel léger retenu, alors même qu'un épisode de sévérité moyenne pourrait tout aussi bien être envisagé vu le nombre de symptômes recensés à son appui (dans l'hypothèse où ceux-ci seraient bel et bien réunis).

5.3.3 Pour clore le volet psychiatrique de l'expertise, il apparaît en outre problématique que l'expert mandaté, que ce soit lors de son évaluation unidisciplinaire ou à l'occasion de la discussion consensuelle, ne se soit nullement prononcé sur les interférences possibles entre les diagnostics retenus à l'issue de son exploration. Certes, un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel léger (ch. F33.0 CIM-10), tel que diagnostiqué par cet expert ne constitue de prime abord pas un trouble psychique grave, qui est en principe seul susceptible d'être invalidant au sens juridique du terme (ATF 148 V 49 c. 6.2.2). Une comorbidité psychiatrique a toutefois été également diagnostiquée dans son expertise sous la forme d'une accentuation de traits de personnalité (ch. Z73.1 CIM-10). Or, en raison des interactions possibles entre les troubles dépressifs et les traits de personnalité accentués, on ne peut d'emblée exclure que le recourant présente une atteinte invalidante à la santé psychique en dépit du degré léger de son épisode dépressif (voir en ce sens aussi VGE 2022/252 du 24 mai 2023 c. 3.3). L'expertise psychiatrique pâtit ensuite du fait qu'elle ne permet pas une évaluation des déficits fonctionnels sur une base objectivée (art. 7 al. 2 LPGA), au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée telle qu'exigée par la jurisprudence (voir c. 2.4). Si l'expert s'est certes prononcé sur la cohérence (reconnue) des plaintes invoquées, ses indications s'avèrent trop succinctes pour apprécier la gravité

fonctionnelle des atteintes reconnues à la santé psychique. Hormis les incertitudes diagnostiques prédécrites qui impactent cette appréciation, son expertise ne se détermine notamment pas suffisamment sur les ressources mobilisables chez l'assuré et l'influence que peuvent avoir sur celles-ci ses traits de personnalité accentués. Seul est mentionné dans ce contexte le fait que ceux-ci n'ont pas empêché une insertion professionnelle, ni une formation entamée après coup (dos. int. 281.3/6 ch. 7.1b). Les difficultés à s'affirmer et à nouer des contacts en tant que facteurs de contrainte induits, selon l'expert, par ces mêmes traits de personnalité n'apparaissent pas non plus univoques dans leur formulation, puisque sont retenues à leur égard des limitations fonctionnelles réelles, mais qu'est néanmoins écartée toute indication à un suivi psychiatrique (dos. int. 281.3/6 ch. 7.4, 8c).

5.3.4 Sous l'angle somatique, l'expertise orthopédique du 18 juillet 2022 n'emporte pas non plus conviction en tant qu'elle chiffre la capacité de travail résiduelle à 100% avec une baisse de rendement de 10 à 15% dans une activité adaptée aux restrictions encourues (voir les exigences décrites au c. 4.2). Comparativement à l'expertise orthopédique d'octobre 2012 qui concluait à une baisse de productivité de 20% dans une activité idoine exercée à plein temps (c. 4.1.6), l'expert orthopédiste de 2022 a pourtant fait état en effet d'une évolution des pathologies lombo-vertébrales, conforme certes à ce qui est habituellement observé, mais néanmoins associée à une péjoration de la symptomatologie douloureuse. S'y ajoutent, d'après lui, un syndrome douloureux persistant au niveau des plis inguinaux dans un contexte de récurrences de hernies inguinales nécessitant des traitements chirurgicaux, ainsi qu'une pathologie dégénérative de l'épaule gauche non entièrement explicative de la symptomatologie, mais contributive de la diminution de l'état général. En revanche, l'expert orthopédiste n'a pas mis en évidence de lésion organique significative au niveau des hanches, du genou et du pied droit, propre à expliquer les douleurs invoquées (dos. int. 281.5/8 ch. 6.1a; 281.5/9 ch. 7.1). Ces observations ont été complétées en discussion consensuelle par un diagnostic rhumatologique d'arthropathie goutteuse polyarticulaire porté à la connaissance des experts en cours d'expertise, lesquels ont précisé que cette affection était stable sous traitement depuis deux à trois ans et qu'aucune poussée inflammatoire n'avait été relevée lors de l'examen de

médecine interne (dos. int. 281.1/4 ch. 4.1). Or, en dépit de ce tableau clinique globalement péjoré par rapport à celui de 2012, l'expert orthopédiste n'explique en rien pourquoi il estime justifié de revoir à la baisse l'estimation de la capacité de travail jadis retenue par son confrère. Son appréciation ne contient aucune discussion à ce sujet et l'évaluation consensuelle à laquelle il renvoie pour étayer le profil d'exigibilité retenu ne se prononce pas davantage sur cet aspect (dos. int. 281.5/10 ch. 8a; 281.1/6 ch. 4.5). Tout au plus l'expert indique-t-il dans son expertise se rallier à l'évaluation de la capacité de travail livrée par son confrère de 2012 pour la période de 2011 à 2018, dans la mesure où celui-ci postulait une baisse de rendement de 20% dans un emploi adapté à 100%, et s'en éloigner en tant que celui-ci attestait pour la même période une baisse de rendement de 25% dans l'activité de polygraphe (jugée adaptée par l'expert de 2022; dos. int. 281.1/6 ch. 4.5).

5.3.5 Hormis les aspects formels déjà évoqués (c. 5.2), l'expertise ophtalmologique du 3 mai 2022 soulève également certaines interrogations. Du point de vue matériel, aucun élément ne permet certes de douter de ses tenants qui s'inscrivent dans la continuité des observations émises le 10 octobre 2019 par la clinique ophtalmologique, ayant suivi l'assuré après les épisodes de NOIAN droite et gauche survenus en mai 2017 et mai 2018 (dos. int. 217/2-3). A son examen du 27 avril 2022, l'expert mandaté a pour l'essentiel mis en évidence une acuité visuelle corrigée de loin à l'œil droit de 1.2 et de 0.6 à l'œil gauche, respectivement de près de 1.0 à droite et de 0.5 à gauche. Son examen au biomicroscope a révélé ensuite un début de cataracte sous-capsulaire gauche, une pâleur ainsi qu'une atrophie du nerf optique. D'importants scotomes bilatéraux ont été au surplus constatés à l'exploration du champ visuel automatisé, pendant qu'une tomographie en cohérence optique a fait montre d'une perte bilatérale généralisée et significative des fibres ganglionnaires avec atrophie des nerfs optiques sur 360°. L'expert n'a en revanche pas objectivé de rétinopathie ni de maculopathie diabétique (dos. int. 281.6/1-2). Sur ces bases, les experts ont insisté lors de leur discussion sur la nécessité, en dépit d'une acuité visuelle encore relativement préservée, de prendre en compte la diminution de champ visuel bilatérale dans les limitations fonctionnelles (dos. int. 281.1/3 ch. 4.1). Or, l'expert

ophtalmologue ne s'est pour sa part nullement prononcé sur les questions d'exigibilité professionnelle, ni n'a même seulement participé à l'évaluation de consensus qui conclut à une capacité de travail de 80% grevée d'une baisse de rendement de 20% dans les activités de comptable et de polygraphe, respectivement à une capacité de travail entière dans un emploi adapté avec une productivité diminuée de 20% en raison de la fatigabilité (dos. int. 281.1/6 ch. 4.5). Les experts signataires de cette évaluation consensuelle – à savoir la médecin interniste ayant dressé le status interne, le médecin interniste superviseur de l'expertise interne et le médecin psychiatre ayant établi le status psychique – ne se prononcent en outre que superficiellement sur les raisons qui les ont amenés à se distancier des exigences retenues par les ophtalmologues traitants. A cet égard, ils se limitent en effet à évoquer l'absence de fatigabilité (liée au champ visuel restreint) prise en compte dans l'estimation de la clinique ophtalmologique qui attestait (semble-t-il) une pleine capacité de travail (et de rendement) dans un emploi adapté, respectivement font mention d'une acuité visuelle en grande partie préservée pour contrer l'appréciation de l'actuel ophtalmologue estimant les capacités de travail et de rendement altérées (sans les chiffrer) dans l'emploi de comptable.

5.4 En revanche, l'expertise neuropsychologique du 1^{er} juin 2022 ne prête pas le flanc à la critique et ce, tant dans ses aspects liés au diagnostic que dans son évaluation de la capacité de travail. Cette exploration s'appuie en effet sur des observations médicales circonstanciées et retrace l'évolution clinique depuis l'expertise neuropsychologique de février 2019. Par rapport à cette évaluation qui concluait à la présence d'atteintes fonctionnelles cognitives légères, l'experte neuropsychologue de 2022 constate la persistance de ces atteintes sous la forme d'un trouble neurocognitif léger à moyen (ch. 6D71 CIM-10; dos. int. 281.4/5 ch. 6.3a et 281.1/5; voir aussi c. 4.1.10). Du point de vue fonctionnel, la réduction de 10 à 20% de la capacité de travail à laquelle aboutit son évaluation médicale doit en réalité s'entendre comme une diminution du rendement à hauteur de ce même taux. L'expertise de 2019 relatait en effet déjà que les exigences n'étaient pas altérées du point de vue temporel, mais uniquement le rendement qui était alors estimé à 10% (en adéquation avec les atteintes cognitives de degré léger attestées

à l'époque; dos. int. 190.1/23-24 ch. 8; 232/3). L'expertise en médecine interne du 4 octobre 2022, encore décrite en détail dans l'expertise consensuelle par le médecin interniste superviseur qui fonctionnait comme expert principal, s'avère, elle aussi, pleinement convaincante. Elle se limite pour l'essentiel d'ailleurs à recenser les sources médicales, les plaintes de l'expertisé, les composantes anamnestiques ainsi que les constatations recueillies lors de l'examen clinique interne, en l'absence de toute évaluation médico-assurantielle (réservée à l'évaluation consensuelle).

5.5 Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas au Tribunal de se forger une opinion suffisante relativement aux atteintes potentiellement invalidantes à la santé psychique et somatique de l'assuré, ni en regard de la capacité de travail qui en découle dans une activité adaptée. Si la généraliste traitante énumère dans le détail les atteintes présentes dans son ultime rapport du 21 novembre 2022, elle ne mentionne aucunement celles parmi elles qui auraient un effet potentiellement invalidant, ni ne chiffre la capacité de travail offerte dans un emploi adapté aux restrictions retenues (c. 4.1.4). Concernant les autres sources disponibles, elles n'appréhendent que les aspects émergeant à leur spécialisation et ne permettent ainsi pas une évaluation coordonnée globale de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

6.

Au vu de tout ce qui précède, il appert que l'état de fait médical a été insuffisamment éclairci pour permettre à l'intimé de statuer de manière sûre sur les droits litigieux. En statuant en l'état du dossier, l'autorité précédente a ainsi violé le devoir d'instruction qui lui incombait au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA (voir c. 2.5). Ce constat vaut sans conteste pour l'aspect psychique d'abord, au vu des contradictions qui émaillent l'expertise psychiatrique du 28 mars 2022 et nécessitent des éclaircissements ou explications supplémentaires de la part de l'expert. A cet effet, l'intimé fera compléter par ce dernier son expertise psychiatrique en l'invitant à lever les incohérences détaillées aux c. 5.2 et 5.3.1 à 5.3.3 ci-dessus. Sous l'angle somatique, l'expertise orthopédique du 18 juillet 2022 et celle

ophtalmologique du 3 mai 2022 devront également être améliorées au regard des carences soulignées aux c. 5.3.4 et 5.3.5. Sur le second plan médical, l'expert ophtalmologue devra livrer une appréciation propre ainsi qu'autonome de la capacité de travail et, pour le moins, participer à la discussion consensuelle relative à cette question. Du point de vue médical interne, si l'expertise rendue le 4 octobre 2022 n'appelle aucune critique, il appartiendra néanmoins aux experts de se prononcer sur la présence d'éventuelles séquelles (immunité amoindrie) en lien avec l'infection du recourant par le COVID-19 à fin septembre 2022 (voir c. 4.1.4; voir aussi ch. 8 de la réponse). En possession de bases médicales solides, l'intimé évaluera ensuite l'éventuelle invalidité de l'assuré en tenant compte de l'exigibilité professionnelle et rendra une nouvelle décision. On se trouve ici en présence d'une instruction lacunaire (expertise dont les résultats sont insuffisamment motivés ou contradictoires) qu'il convient de faire compléter par une prise de position tranchée sur des aspects déjà abordés par l'expert. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, une expertise judiciaire ne se justifie dès lors pas et il convient bien davantage de renvoyer la cause à l'intimé pour instruire les points litigieux qui touchent à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social ou qui doivent être précisées ou complétées (ATF 139 V 99 c. 1.1). Au cas particulier, une instruction au niveau du TA violerait qui plus est le droit d'être entendu de l'intéressé et le priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date des décisions en cause.

7. Ce faisant, point ne serait utile d'examiner le grief du recourant ayant trait à son âge, qui l'empêcherait de mettre à profit une éventuelle capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré. A toutes fins utiles, on précisera néanmoins que l'assuré ne saurait rien déduire à son avantage de son âge (60 ans au moment de la décision contestée). Certes, l'âge avancé, même s'il consiste en un facteur étranger à l'AI, est considéré comme un élément qui, associé à d'autres considérations personnelles et professionnelles, peut conduire à ce que la capacité de gain encore reconnue à une personne assurée ne soit réellement plus recherchée sur

un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit dès lors plus exigible de cette personne, même en vertu de son obligation de se réadapter personnellement. Cette question s'examine au moment où l'exigibilité médicale d'une capacité de travail totale ou partielle est constatée (ATF 146 V 16 c. 7.1, 138 V 457 c. 3.1 ss; SVR 2020 IV n° 5 c. 7.1 et n° 44 c. 4.2). Au cas d'espèce, le profil d'exigibilité défini lors de l'expertise pluridisciplinaire (sous réserve des compléments d'instruction qui devront cas échéant lui être apportés) vaut depuis le second NOIAN survenu le 18 mai 2018, date à laquelle le recourant (né le 16 avril 1963) était âgé de 55 ans et un mois. Or, en comparaison avec d'autres cas jugés par le TF, il ne saurait être considéré qu'il avait atteint à ce moment-là l'âge à partir duquel la jurisprudence envisage, en fonction des 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 de 60 ans; ATF 145 V 2 c. 5.3.1 s.; TF 9C_427/2010 du 14 juillet 2010 c. 2.5, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2; voir aussi TF 9C_644/2019 du 20 janvier 2020 c. 4.3.1 et TF 9C_505/2016 du 6 juillet 2017 c. 4.1, dont il ressort qu'un âge de 59 ans ne suffit pas en tant que tel). De plus, l'assuré peut justifier de plusieurs formations pratique (polygraphe) ou professionnelles (dessinateur sur machines, employé de commerce, comptable spécialisé), dont la dernière parachevée à fin 2018 dans le domaine de la comptabilité a été acquise au terme d'un long processus d'étude, certes entravé entre autres par deux épisodes de NOIAN, ce qui dénote cependant d'une grande persévérance et de facultés avérées d'adaptation. Partant, on ne peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales; (ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6; SVR 2022 ALV n° 27 c. 5.1), qu'il n'existe pas de place de travail correspondant au profil d'exigibilité retenu en l'état sur un marché du travail équilibré.

8.

8.1 Le recours doit ainsi être admis et les décisions des 24 avril et 25 mai 2023 annulées. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

8.2 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 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.

8.3 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 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Assisté d'une mandataire agissant à titre professionnel, le recourant a ainsi droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 108 al. 3 LPJA), ce au tarif applicable (Fr. 180.-) en cas de représentation par une personne qualifiée, agissant par un syndicat (voir la Circulaire du 16 décembre 2009 de la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Berne, consultable à partir du lien <www.vgb.justice.be.ch> en sélectionnant les rubriques "Frais" et "Assistance judiciaire"). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 20 octobre 2023, qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables, sont fixés à Fr. 2'132.10 (honoraires: Fr. 2'070.-, débours: 62.10) et mis à la charge de l'intimé (art. 108 al. 3 LPJA).

8.4 A noter que les appelées en cause 1 et 2 n'ont pas exercé leurs droits de partie, renonçant à formuler des conclusions, si bien qu'elles ne sont pas à prendre en considération s'agissant de la répartition des frais judiciaires et dépens (JAB 2020 p. 93 c. 5.1; VGE IV/2022/425/426 du 22 mars 2023 c. 7.1; MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [édit.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2020, art. 14 n. 10 s. et art. 108 n. 8, n. 11 et n. 35).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et les décisions des 24 avril et 25 mai 2023 rendues par l'intimé sont annulées. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais judiciaires, 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 lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'132.10 (débours compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa mandataire (avec, pour information, une copie du courrier du 9 avril 2024 de l'appelée en cause 2),
 - à l'intimé (idem),
 - à l'appelée en cause 1 (idem),
 - à l'appelée en cause 2,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:
e.r.: C. Tissot, Juge

La greffière:

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).e