

200.2023.514/527.AI
N° AVS
BEP/EGC

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

Jugement du 24 juin 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à deux décisions de ce dernier des 5 juin et 9 juin 2023



En fait:

A.

A. _____, né en 1964, marié et père de quatre enfants, sans formation professionnelle certifiée, est arrivé en Suisse en 2016. Il a travaillé en dernier lieu en tant qu'ouvrier auprès d'une entreprise de verrerie à partir du 1^{er} octobre 2020. Le 19 août 2021, il a été victime d'un accident de travail sur un chantier. Le 25 novembre 2021, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'intéressé avec effet au 31 janvier 2022. Celui-ci n'a plus exercé d'activité lucrative depuis lors. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) a pris le cas en charge jusqu'au 31 mars 2023 (décision du 28 mars 2023). Dans ce contexte, l'intéressé a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes, datée du 22 mars 2022 et reçue le 31 mars 2022 par l'Office AI Berne. Il y a invoqué en substance souffrir des séquelles de l'accident du 19 août 2021.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite notamment en consultant le dossier de la Suva et en organisant, en accord avec celle-ci, une mesure professionnelle de réadaptation, consistant dans un bilan des potentiels professionnel et médical. Cette mesure a été entreprise dans une institution spécialisée à partir du 16 août 2022. Elle a toutefois été interrompue le 24 août 2022, en raison de l'incapacité de travail de l'assuré. L'Office AI Berne a ensuite poursuivi l'instruction de la demande, recueillant un complément du dossier de la Suva ainsi que des rapports d'un centre hospitalier et d'un hôpital régional, de même qu'un questionnaire rempli par le dernier employeur de l'assuré. Le 9 mars et le 6 avril 2023, une spécialiste en neurologie du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) a pris position sur le dossier de l'assuré. Sur cette base et par préavis du 24 avril 2023, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait mettre fin aux mesures professionnelles, au motif qu'une capacité de travail de 100% lui était attestée par le dossier médical

de la Suva et par le SMR. Par un second préavis du 28 avril 2023 et pour le même motif, l'Office AI Berne a communiqué à l'assuré qu'il envisageait de nier son droit à toute prestation de l'AI, notamment à une rente. Dans deux décisions rendues respectivement le 5 et le 9 juin 2023, l'Office AI Berne a confirmé en tous points ses deux préavis.

C.

Par acte du 4 juillet 2023, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne contre la décision du 5 juin 2023 mettant fin aux mesures professionnelles. Sous suite des frais et dépens, il a conclu à l'annulation de cette décision, principalement à l'octroi de mesures professionnelles et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans un second recours, du 8 juillet 2023, l'assuré, représenté par la même mandataire, a aussi contesté la décision du 9 juin 2023 rejetant sa demande de prestations. Sous suite des frais et dépens, il y a conclu à l'annulation de cette décision, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Par ordonnance du 10 juillet 2023, le Juge instructeur a joint les deux procédures de recours. Dans son mémoire de réponse du 18 août 2023, l'intimé a conclu au rejet des recours. Le 12 septembre 2023, la mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires. Le 31 mai 2024, le recourant a encore fourni huit pièces justificatives et s'est enquis de l'état de la procédure, si bien qu'il a été renseigné à ce sujet par lettre du 3 juin 2024.

En droit:

1.

1.1 Les décisions de l'Office AI Berne des 5 et 9 juin 2023 représentent l'objet de la contestation. Elles ressortissent au droit des assurances sociales et nient tout droit du recourant à des mesures professionnelles et à d'autres prestations de l'AI, dont une rente. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de ces décisions, principalement, sur l'octroi des prestations en question et, subsidiairement, sur le renvoi des causes à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelles décisions. Est particulièrement critiquée par le recourant l'appréciation par l'intimée de sa capacité de travail à la suite de l'atteinte à sa santé consécutive à l'accident subi le 19 août 2021.

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

1.3 Le jugement des causes incombe à la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 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 administratif examine librement les décisions contestées et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et art. 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Aux termes de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 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 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'assuré n'a, en règle générale, droit qu'aux mesures nécessaires et appropriées pour atteindre l'objectif de sa réadaptation et non à celles qui seraient les meilleures dans son cas. La loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire, mais aussi suffisante, dans le cas d'espèce (ATF 142 V 523 c. 6.3; SVR 2016 IV n° 10 c. 4.1). Selon la jurisprudence en matière d'AI, il existe un principe général selon lequel une personne invalide doit entreprendre tout ce qui est exigible pour atténuer au mieux les conséquences de son invalidité avant de requérir des prestations; c'est pourquoi il n'y a pas de droit à la rente, si la personne est raisonnablement en mesure d'obtenir un

revenu excluant toute rente, sans mesure de réadaptation. La réadaptation personnelle, en tant qu'expression de l'obligation générale de diminuer le dommage, ne prime pas seulement le droit à une rente, mais également le droit à la réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). La réadaptation personnelle incombe à chaque assuré pour sauvegarder son droit aux prestations, que ce soit aux mesures de réadaptation légales ou à une rente. Toutefois, seules les mesures exigibles en fonction des données objectives et subjectives de chaque cas particulier peuvent être imposées aux personnes assurées (ATF 148 V 397, 138 I 205 c. 3.2, 113 V 22 c. 4a; SVR 2019 IV n° 38 c. 5.2).

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 (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité entre 40 et 49%, la quotité de la rente est fixée au pourcentage découlant de l'art. 28b al. 4 LAI. Une rente au sens de l'art. 28 al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{er} LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI). Par incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, on entend la perte ou la diminution du rendement fonctionnel dans la profession habituelle ou le champ d'activité habituel. Il doit apparaître du point de vue du droit du travail que la personne assurée a perdu de sa capacité de rendement, ainsi notamment par une diminution de ses prestations avec une constatation en ce sens ou même un avertissement de l'employeur, ou par des absences au travail accrues, sortant de l'ordinaire et conditionnées par la maladie. Une incapacité de travail médicale théorique, qui n'est fixée rétroactivement qu'après des années sans que l'ancien employeur ait remarqué une diminution de capacité, ne suffit pas (SVR 2008 IV n° 11 c. 5.1). A l'inverse,

une prestation dans l'activité professionnelle fournie avec un rendement seulement réduit par rapport à celui d'une personne en bonne santé ne s'avère en règle générale pas non plus suffisante pour admettre, à elle seule, une incapacité de travail au sens de la loi. Pour retenir une incapacité de travail, il faut en principe encore une appréciation médicale convaincante, laquelle est normalement établie en temps réel (SVR 2010 IV n° 17 c. 5).

2.4 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 l'art. 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 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. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et

sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

2.6 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; SVR 2022 UV n° 41 c. 3.3).

3.

3.1 Dans ses deux décisions contestées des 5 et 9 juin 2023, l'intimé a considéré que le recourant ne présentait pas un diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail et que son activité lucrative habituelle restait possible et exigible à un taux d'occupation de 100%. Pour ce faire, l'intimé s'est fondé essentiellement sur les rapports du SMR des 9 mars et 6 avril 2023. Dans son mémoire de réponse du 18 août 2023, il a souligné notamment que la spécialiste en neurologie du SMR avait relevé que l'examen neurologique était sans particularité, même si une neurologue consultée en septembre 2022 avait trouvé des indices pour une lésion de l'organe périphérique de l'équilibre. L'intimé a ajouté que le spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) consulté auparavant n'avait pas constaté une telle lésion après avoir effectué le même examen chez le recourant, mais soupçonnait plutôt un vertige central. L'intimé a estimé que le dossier présentait de nombreuses incohérences, tant au niveau du déroulement de l'accident du 19 août 2021 qu'en ce qui concerne les observations médicales. Malgré cela, il a retenu qu'après un traumatisme cérébral léger, les conséquences de l'accident subi par le recourant, qui duraient depuis plus d'un an, n'étaient pas compréhensibles. Il a encore signalé que la neurologue ayant traité initialement le recourant avait déjà mentionné, dans son rapport du 20 octobre 2021, qu'il n'y avait aucune raison neurologique pour que son patient ne récupère pas complètement

ses capacités antérieures à l'accident et qu'elle l'avait encouragé à reprendre son activité professionnelle.

3.2 Dans ses recours des 4 et 8 juillet 2023, le recourant, pour sa part, fait valoir en substance qu'il souffre toujours de lésions post-traumatiques l'empêchant d'avoir une vie normale et de travailler. Il ajoute qu'aucun médecin n'établit à un degré de vraisemblance prépondérante que les atteintes qu'il subit encore à l'heure actuelle seraient inexistantes ou de nature malade et non accidentelle. Il se réfère notamment à un rapport de consultation d'un service hospitalier de neurologie du 16 mai 2023, qu'il produit et qui diagnostique des vertiges chroniques posturaux post-traumatiques ainsi que des céphalées holocrâniennes d'allure tensionnelle post-traumatiques. En cours de procédure, il a encore fourni un rapport de consultation du 12 septembre 2023 du même service hospitalier de neurologie, qui confirme les diagnostics du rapport antérieur précité, ainsi que plusieurs certificats médicaux du cabinet de ses généralistes traitants, qui attestent une incapacité de travail persistante de 100%.

4.

En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision (ATF 144 V 210 c. 4.3.1, 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1; SVR 2022 UV n° 46 c. 6.3.1). Partant, en tant que le recourant a versé en procédure un écrit postérieur aux décisions attaquées (rapport médical précité du 12 septembre 2023), cet écrit ne devrait pas être pris en considération. Tel est cependant le cas en l'espèce, dès lors qu'il est de nature à influencer l'appréciation au moment où les décisions querellées ont été rendues (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Il est donc aussi résumé ci-après. Ainsi, les éléments principaux suivants ressortent du dossier.

4.1 La déclaration d'accident remise le 30 août 2021 par l'employeur à la Suva et le rapport de l'hôpital qui a prodigué les premiers soins indiquent que le recourant est tombé le 19 août 2021 dans un escalier sur un

chantier et qu'il a chuté de trois ou quatre marches, puis s'est frappé la tête contre un mur, mais qu'il n'a pas perdu connaissance ni subi d'amnésie. Cet événement a provoqué une plaie ouverte occipitale à droite au cuir chevelu, d'une longueur d'environ 4 cm (dossier [dos.] AI 8.39 et 8.40). Un scanner cérébral effectué le 31 août 2021 sur mandat du cabinet de médecins généralistes traitant le recourant a montré des structures médianes en place et n'a mis aucun hématome sous-dural ou extra-dural en évidence (dos. AI 8.41/5). Un examen par résonance magnétique (IRM) a ensuite été entrepris le 13 octobre 2021. Dans son rapport du 20 octobre 2021, la spécialiste en neurologie appelée à traiter le recourant a notamment indiqué que la symptomatologie persistante consistait en des céphalées et une sensation d'instabilité. Selon elle, un diagnostic clair, distinguant entre un traumatisme crânien simple et un traumatisme crânio-cérébral, était difficile, en raison d'un doute sur la perte de connaissance lors de l'accident. Au vu de l'IRM cérébral effectué, qui apparaissait rassurant, elle a toutefois estimé qu'il n'y avait aucune raison neurologique pour que le patient ne récupère pas complètement ses capacités antérieures à l'accident. Elle a déclaré qu'elle ne pouvait que l'encourager à reprendre progressivement son activité professionnelle (dos. AI 8.41/14, 8.41/16 et 65/2). Dans un rapport médical intermédiaire du 6 novembre 2021 à l'attention de la Suva, l'un des généralistes traitant le recourant a indiqué que, depuis la chute subie le 19 août 2021, son patient souffrait de douleurs cervicales et de céphalées avec un sentiment d'instabilité et de légers vertiges. Le praticien a mentionné l'IRM effectuée et le fait que la neurologue consultée n'avait rien trouvé d'anormal. Il a expliqué que le pronostic était bon (dos. AI 8.28/1). Un autre rapport adressé le 14 janvier 2022 par le cabinet de médecins généralistes à la Suva mentionne que le patient avait chuté le 20 août 2021 de trois à quatre mètres de haut, qu'il avait ensuite été hospitalisé, sans perte de connaissance, mais que depuis lors, il ressentait une sensation d'étourdissement et des céphalées difficiles à contrôler. La persistance de ces symptômes ainsi que de cervicalgies a été soulignée, malgré l'absence d'anomalies constatée par la neurologue consultée (dos. AI 8.18). Dans un rapport du 24 février 2022, un spécialiste ORL sollicité par le recourant a fait état de vertiges très invalidants et a constaté que le canal auditif et les tympans du patient étaient sans particularité, mais qu'une instabilité aux tests d'équilibre de Romberg et

d'Unterberger était présente, dont l'origine devait être déterminée par des examens complémentaires. Il a aussi préconisé une physiothérapie vestibulaire afin de rééquilibrer et de travailler la proprioception (dos. AI 20/3). Dans son second rapport du 10 mai 2022, il a exclu une atteinte à l'oreille interne mais a recommandé de consulter un neurologue, au vu des altérations visio-oculomotrices découvertes, qu'il a estimé compatibles avec une atteinte centrale (dos. AI 64/2; voir aussi dos. AI 84/4 et 84/14).

4.2 A partir du 16 août 2022, le recourant a entrepris une mesure professionnelle de réadaptation organisée par l'intimé au sein d'une institution spécialisée, en vue d'établir un bilan de ses potentiels professionnel et médical. La durée de la mesure en question était prévue jusqu'au 13 novembre 2022 (dos. AI 36). Le 24 août 2022, le recourant a néanmoins interrompu la mesure. Le 26 août 2022, son généraliste traitant a établi un certificat médical attestant une incapacité de travail totale depuis le 24 août 2022 en raison d'une péjoration de symptômes (céphalées et vertiges; dos. AI 42 et 46).

4.3 Le 7 septembre 2022, le recourant a consulté un service hospitalier de neurologie. Dans son rapport du 16 septembre 2022, la cheffe de clinique de ce service a diagnostiqué des vertiges chroniques posturaux post-traumatiques ainsi que des céphalées holocrâniennes post-traumatiques d'allure tensionnelle. Dans son anamnèse, la spécialiste a notamment décrit la présence de ces symptômes depuis l'accident survenu en août 2021, la sémiologie des crises débutant souvent par des céphalées en casque suivies de vertiges, associés à une vision floue et souvent à des douleurs cervicales et à une instabilité importante à la marche. Des oublis fréquents et des difficultés de concentration ont aussi été signalés (dos. AI 84/9). Le recourant a consulté la même praticienne un mois plus tard, le 7 octobre 2022, après qu'une nouvelle IRM et un bilan sanguin aient été effectués et un nouveau traitement médicamenteux instauré. Dans son rapport du 26 octobre 2022, la praticienne a relevé en substance la présence chez son patient d'une anémie et d'un résultat sans particularité de l'IRM cérébral avec angiographie, notamment sans signe de dissection ou de lésion ischémique au niveau cérébral. Elle a déclaré notamment que la situation restait plutôt stable concernant les céphalées, mais toujours

symptomatique de manière importante. Elle a mentionné des maux de tête se produisant presque tous les jours avec des difficultés de sommeil et trois épisodes de céphalées importants associés à des vertiges, survenus depuis la dernière consultation quatre semaines auparavant (dos. AI 84/12). Le rapport ultérieur du 16 mai 2023 du même service de neurologie a confirmé les constatations faites précédemment et indiqué que l'examen neurologique était superposable à celui de la dernière consultation (dos. AI 80/14). Au cours de la présente procédure, le recourant a encore produit un rapport de consultation de contrôle du 12 septembre 2023 du même service hospitalier (dos. recourant [rec.] 15). Dans l'anamnèse qui y figure, la spécialiste en neurologie a indiqué que les céphalées du patient présentaient toujours les mêmes caractéristiques depuis le début et qu'elles étaient constantes, bien que d'une intensité réduite, sauf de pic de plus haute intensité environ deux fois par semaine. La spécialiste a aussi relevé que le patient remarquait toujours des troubles de la concentration et de l'attention, ainsi qu'une perte de mémoire. Concernant les crises de vertiges, elle a déclaré qu'elles survenaient environ deux fois par semaine, associées à des céphalées de haute intensité, et qu'elles pouvaient durer jusqu'à une journée entière. L'existence de douleurs au niveau cervical avec le cou bloqué au moins une fois par semaine a aussi été recensée.

4.4 Dans le cadre de l'instruction du cas par la Suva figure encore au dossier un avis de consilium neuroradiologique émis par un spécialiste de cette discipline le 10 janvier 2023. Celui-ci y a déclaré avoir constaté une petite lésion hypodense temporobasale au crâne à droite, sans indication évidente de modification post-traumatique, ainsi qu'une lésion ponctuelle à droite au cervelet inférieur, correspondant vraisemblablement à une entaille à un vaisseau sanguin, mais sans trace apparente d'un saignement post-traumatique. Il a encore signalé une lésion corticale temporobasale à droite, d'environ 8 x 4 mm, représentant probablement une défectuosité du parenchyme cérébral, mais sans œdème ou autre dégénérescence significative, ce qui laissait penser que cette lésion était déjà consolidée au moment de l'examen (dos. AI 60).

4.5 Afin de clarifier la situation, une neurologue du SMR a été invitée par l'intimé à se prononcer à deux reprises sur le dossier médical de

l'assuré. Dans son second rapport circonstancié du 6 avril 2023, elle fait tout d'abord remarquer des incohérences ressortant de certaines pièces du dossier, qu'elle avait déjà relevées dans son premier rapport du 9 mars 2023 (dos. AI 63). Elle a exposé que l'accident du 19 août 2021 était à l'origine décrit, dans le rapport de l'hôpital ayant prodigué les premiers soins, comme une chute de trois à quatre marches d'escalier, sans perte de conscience ni amnésie (dos. AI 8/40), alors que, par la suite, que ce soit dans la demande de prestations de l'AI ou dans des avis médicaux ultérieurs, il était question d'une chute de trois à quatre mètres de haut, avec perte de conscience, confusion mentale et reprise de connaissance seulement après l'arrivée à l'hôpital. Or, selon elle, dans ce dernier cas, il aurait fallu s'attendre à trouver chez l'assuré des blessures bien plus importantes que celles qui ont été constatées. En outre, il aurait vraisemblablement été traité de manière stationnaire à l'hôpital où il a été amené, et non pas seulement ambulatoirement, comme cela a été le cas. Par ailleurs, elle souligne que la première neurologue ayant traité le recourant avait conclu à un status neurologique rassurant, malgré des céphalées et une sensation d'instabilité (rapport précité du 20 octobre 2021; dos. AI 65/2), alors qu'une spécialiste du service hospitalier de neurologie consulté ultérieurement avait indiqué un test d'impulsion de la tête positif, faisant soupçonner une lésion du système vestibulaire périphérique entraînant des troubles de l'équilibre (rapport précité du 16 septembre 2022 p. 2; dos. AI 84/10). Sur ce point, la spécialiste du SMR relève au surplus que le spécialiste ORL ayant examiné antérieurement le recourant avait, pour sa part, effectué le même test sans retenir cette conclusion (rapport précité du 24 février 2022; dos. AI 20/3). Répondant ensuite aux questions posées par l'intimé, la neurologue du SMR a déclaré qu'elle ne trouvait au dossier aucun élément objectif susceptible de justifier une incapacité de travail de longue durée. Elle a estimé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité lucrative habituelle et dans toute autre activité adaptée, sans restriction. Elle a précisé que l'atteinte à la santé diagnostiquée ne pouvait justifier une incapacité de travail de plus d'une année. Enfin, elle a considéré que les limitations qui étaient survenues au cours de la mesure professionnelle de réadaptation entreprise, qui avait dû être interrompue, ne pouvaient être expliquées d'un point de vue médical (dos. AI 70).

5.

Il convient d'examiner la valeur probante des rapports de la spécialiste en neurologie du SMR des 9 mars et 6 avril 2023, sur lesquels s'est fondé l'intimé pour rendre les deux décisions contestées.

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 du médecin 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 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sur la seule base du dossier médical, sans que la personne assurée soit examinée personnellement (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et les références citées), 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 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6, 122 V 157 c. 1d). 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, on relèvera tout d'abord que si les deux rapports du SMR ne citent certes pas en détail tous les rapports médicaux versés au dossier, ils mentionnent à tout le moins les plus pertinents, à savoir le rapport de l'hôpital qui a prodigué les premiers soins après l'accident du 19 août 2021, les rapports neurologiques et radiologiques, ainsi que celui du spécialiste ORL consulté par le recourant. Par ailleurs, au vu du contenu matériel de ses rapports, il appert que la spécialiste en neurologie du SMR a considéré l'ensemble du dossier médical du recourant. Ses rapports reprennent les diagnostics posés par ses confrères neurologues et ORL, décrivent le contexte médical de façon compréhensible, mentionnent les points litigieux et tiennent compte des plaintes du recourant. Ce faisant, la neurologue du SMR était en mesure de se faire une image complète de la situation médicale, de même que de l'apprécier, sans qu'il soit besoin de procéder à un examen personnel de l'assuré. En effet, un tel examen n'est pas nécessaire lorsque, comme en l'espèce, le dossier médical est complet et que le médecin du SMR se réfère à des pièces médicales qui ont été établies à suffisance sur la base d'examens cliniques de l'assuré (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références; SVR 2020 IV n° 38 c. 4.3). En outre, la médecin du SMR en charge du dossier est spécialiste en neurologie, discipline principalement touchée par l'atteinte à la santé du recourant. Au surplus, selon la jurisprudence, quelle que soit sa spécialisation, en principe, un médecin est en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère

(TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2, 9C_711/2010 du 18 mai 2011 c. 4.3). Ses conclusions, bien que succinctes, sont compréhensibles, motivées et ne permettent pas de soupçonner des lacunes lors de l'élaboration des rapports. Elles répondent aux questions précises qui lui étaient posées par l'intimé. Elles correspondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des rapports médicaux.

5.4 D'un point de vue matériel, les deux rapports du SMR sont également convaincants. Bien que ces documents soient brefs, ils ne sont pas pour autant sujets à caution. En effet, force est d'abord de relever que les troubles persistants du recourant sont clairement circonscrits au dossier, s'agissant essentiellement de vertiges, de cervicalgies et de céphalées chroniques. Ces symptômes ont été unanimement relevés par tous les médecins appelés à traiter le recourant, dont les avis figurent au dossier. A cet égard, tous les rapports médicaux au dossier sont concordants et ne sont pas controversés. Seul un rapport du 9 septembre 2021 d'un service hospitalier d'urgence n'évoque pas cette problématique neurologique et se focalise sur une néphrolithiase et une appendicite, le recourant s'étant présenté à l'hôpital pour ces motifs (dos. AI 8.41/7). Cet épisode apparaît toutefois isolé et sans lien avec les atteintes invoquées par l'assuré. Pour le surplus, si tous les praticiens convergent dans leurs constatations s'agissant des symptômes précités, leur origine pathologique concrète n'a pas véritablement pu être déterminée. Quoi qu'il en soit, l'étiologie des atteintes à la santé constatées importe peu du point de vue de l'AI, qui, en tant qu'assurance finale et non causale, s'attache seulement aux répercussions que ces atteintes peuvent avoir sur la capacité de travail de la personne assurée (JTA AI/2022/615 du 4 avril 2024 c. 5.3.4 et les références). Or, sur ce point, comme déjà relevé (voir c. 4.1), la première neurologue consultée a constaté que l'examen neurologique était normal et a conclu qu'il n'y avait pas de raison que le recourant ne récupère pas sa pleine capacité de travail. Elle a même encouragé une reprise progressive du travail (rapport du 20 octobre 2021 précité; dos. AI 65/2-3). Tant le scanner cérébral effectué le 31 août 2021, peu après l'accident, que l'IRM du 26 octobre 2022, n'ont pas indiqué de particularité (dos. AI 8.41/5 et 84/12). Seuls l'IRM du 13 octobre 2021 et le scanner du 10 janvier 2023 ont

révélé respectivement quelques anomalies aspécifiques. Toutefois, les lésions ont quoi qu'il en soit été jugées anciennes et guéries (dos. AI 8.41/14 et 60/3). Quant au spécialiste ORL consulté, dans ses rapports du 24 février 2022 et du 10 mai 2022, il a essentiellement renvoyé son patient auprès d'un neurologue, mais n'a attesté aucune incapacité de travail (dos. AI 20/3 et 64/2). Aussi, les différents rapports précités du service hospitalier de neurologie qui a traité le recourant (voir c. 4.3), ils ne fournissent aucun constat permettant de justifier une incapacité de travail durable et ne remettent aucunement en cause la capacité de travail du recourant. On peut du reste relever que, le 2 août 2022, près d'un an après l'accident, le médecin d'arrondissement de la Suva a exclu tout diagnostic pertinent (dos. AI 84/8). Il en va de même du dernier compte-rendu de consultation du 12 septembre 2023, invoqué par le recourant au cours de la présente procédure (dos. rec. 15). Enfin, le rapport de consilium neuroradiologique du 10 janvier 2023 à l'attention de la Suva confirme les constatations du service hospitalier de neurologie traitant le recourant. Il n'évoque aucune incapacité de travail (voir c. 4.4). Dans ces circonstances, on ne voit donc rien à redire dans le fait que le SMR a conclu que le recourant ne pouvait avoir présenté une incapacité de travail durable, soit de plus d'une année, aucun élément objectif ne permettant de retenir un autre résultat.

5.5 Le recourant invoque quant à lui la persistance de lésions d'origine post-traumatiques, consécutives à son accident du 19 août 2021. Il allègue qu'aucun médecin n'aurait établi que celles-ci seraient inexistantes ou de nature malade et non accidentelles. A cet égard toutefois, il convient de souligner que ni la neurologue du SMR, ni l'intimé ne contestent l'existence des troubles constatés par les différents praticiens et abondamment documentés au dossier. En outre, contrairement à l'assurance-accidents, l'AI doit de toute manière tenir compte, lors de l'évaluation de l'invalidité d'un assuré, de l'ensemble des atteintes à la santé de celui-ci et de leurs conséquences sur la capacité de travail et de gain, alors que l'assureur-accidents n'est tenu à prestations que dans la mesure où le ou les accidents assurés sont en relation de causalité avec les atteintes à la santé de l'assuré. La distinction entre une origine accidentelle ou malade des troubles du recourant n'exerce donc aucune influence sur l'issue du présent litige, s'agissant de prestations de l'AI. Pour le surplus, le recourant semble

perdre de vue que son droit aux prestations de l'AI ne dépend pas (uniquement) de l'existence incontestée des troubles en question, mais bien de ses conséquences sur sa capacité de travail et de gain. Or, comme déjà relevé, aucun avis médical circonstancié figurant au dossier ne mentionne une incapacité de travail de longue durée du patient. Seul le cabinet de médecins généralistes traitants a attesté une incapacité de travail récurrente du recourant depuis son accident du 19 août 2021, et ce par le biais de certificats d'incapacité de travail successifs laconiques et non motivés, qui ne citent aucunement la cause précise de cette incapacité. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait que les avis du médecin traitant, étant donné la relation de confiance existant entre le médecin de famille et son patient, ont plutôt tendance, en cas de doute, à favoriser le patient (ATF 125 V 351 c. 3b cc, 122 V 157 c. 1c). Au demeurant, on remarquera enfin que les deux seuls brefs rapports des médecins généralistes du recourant présents au dossier indiquent, d'une part, un bon pronostic et une reprise du travail à 100% prévue dès le 20 novembre 2021 (rapport du 6 novembre 2021 à l'attention de la Suva; dos. AI 8.28), ainsi que, d'autre part, une amélioration de l'état du patient, malgré la persistance des étourdissements, des céphalées et une contracture cervicale, ainsi qu'un nouvel arrêt de travail après quatre jours de travail en raison de fatigue de vertiges et d'une cervicalgie avec céphalée, sans indiquer la durée de cette incapacité de travail. Ce second rapport mentionne par ailleurs que le scanner cérébral effectué ne montrait rien de spécial et que la neurologue consultée n'avait trouvé aucune anomalie (rapport du 14 janvier 2022 à l'attention de la Suva; dos. AI 8.18). Ces avis ne sont dès lors aucunement de nature à remettre en question la force probante des rapports convaincants du SMR.

5.6 Compte tenu de ce qui précède, au regard des affections du recourant (à savoir la persistance de céphalées, de cervicalgies et de vertiges à la suite d'une chute dans les escaliers en 2021), prises en compte dans les rapports des 9 mars et 6 avril 2023 de la neurologue du SMR, les conclusions retenues par celles-ci s'avèrent dès lors cohérentes, convaincantes et exemptes de contradiction. Il n'existe donc aucun motif qui justifierait que l'on remette en cause les rapports du SMR précités. Ils répondent aux critères posés par la jurisprudence (voir c. 5.1 et 5.2) pour

leur accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires, qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. Il convient donc de reconnaître, selon un degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant dispose d'une capacité de travail entièrement préservée, au plus tard depuis le mois d'août 2022 (une année après l'accident du 19 août 2021).

6.

6.1 Cela étant, on doit retenir, à l'instar de l'intimé, dans ses décisions des 5 et 9 juin 2023, qu'en l'absence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et de limitations fonctionnelles, l'assuré ne présente pas d'atteinte invalidante à la santé. C'est donc à bon droit que l'autorité précédente a exclu tout droit à des mesures professionnelles et à une rente. En effet, d'après l'art. 8 al. 1 let. a LAI, (seuls) les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation, pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels. Or, au vu de la pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, reconnue médicalement, la nécessité d'une telle mesure n'est pas donnée. Aucune menace d'invalidité n'est par ailleurs démontrée. Qui plus est, ainsi que l'intimé l'a souligné à juste titre dans sa réponse, l'assuré n'a aucunement motivé les motifs pour lesquels il devrait pouvoir bénéficier de telles mesures (ch. 6 de la réponse du 18 août 2023). Il n'a ainsi pas désigné le type de mesure qui, selon lui, serait indiqué. Quant au droit à la rente, la demande de prestations a été déposée en mars 2022 (dos. AI 1/10), de sorte qu'un tel droit aurait pu naître au plus tôt le 1^{er} septembre 2022, compte tenu du délai de carence prévu par l'art. 29 al. 1 et 3 LAI. Cependant, à cette date, le recourant ne présentait aucune incapacité de travail et n'était dès lors pas invalide (voir art. 28 al. 1 let. c LAI), si bien que c'est à bon droit que l'intimé a aussi nié le droit à la rente. Les recours doivent donc être rejetés.

6.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant qui succombe doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.- (art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci seront compensés avec son avance de frais.

6.3 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Les recours sont rejetés.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,A communiquer en courrier A:
 - à la Caisse de pension Vita, case postale, 8085 Zurich.

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).