200.2025.549.AI
N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 28 octobre 2026

Droit des assurances sociales

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

A._____
représenté par Me B._____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 14 juillet 2025

En fait:

A.

A._____, né en 1965, remarié et père de cinq enfants dont trois (incluant un mineur) issus de son actuelle union, ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée. Avant son arrivée en Suisse en juin 2012 où il a été engagé en tant que livreur au cours du même mois, il avait essentiellement travaillé comme aide-maçon dans un pays tiers d'accueil. A partir d'août 2016, il a été employé en qualité de magasinier. En raison d'une incapacité de travail induite par des gonarthroses et des sténoses spinales opérées en 2023 et 2024, il a été indemnisé du 21 février 2023 au 19 février 2025 par l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie (ci-après: l'assureur d'indemnités journalières) de son (ancien) employeur, lequel l'a licencié avec effet au 31 janvier 2024. Dans l'intervalle, l'intéressé a déposé en juillet 2023 une demande de mesures professionnelles et de rente auprès de l'assurance-invalidité en invoquant, outre les problématiques prédécrites, une obésité, un diabète de type II, une hypertension artérielle, un syndrome d'apnée du sommeil et une cardiopathie hypertensive – tous troubles décrits comme remontant à plusieurs années.

B.

A réception de la demande de prestations précitée, l'Office AI Berne a obtenu le dossier (régulièrement actualisé) de l'assureur d'indemnités journalières et a été informé par le biais de celui-ci de suivis en orthopédie et en cardiologie. Il s'est ensuite enquis de l'appréciation du médecin généraliste de l'assuré, qui l'a renseigné sur d'autres consultations médicales initiées auprès d'un centre de la colonne vertébrale et d'un chirurgien bariatrique. En possession de l'avis de son service médical régional (ci-après: le SMR), l'Office AI Berne a en outre recueilli celui du chirurgien orthopédique ayant traité les gonarthroses. Par communication du 21 août 2024, cet office a nié le droit à des mesures professionnelles, avant de recevoir copie d'une expertise pluridisciplinaire (en médecine

interne, cardiologique et orthopédique) établie le 17 septembre 2024 sur mandat de l'assureur d'indemnités journalières. Après avoir obtenu l'avis d'une autre chirurgienne orthopédique traitante et du SMR, l'Office AI Berne a préavisé le 20 mars 2025 l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1er février au 31 décembre 2024, puis a statué en ce sens dans une décision du 14 juillet 2025.

C.

Par écrit du 7 août 2025, complété le 17 septembre 2025 et encore précisé le 15 janvier 2026 quant à ses conclusions, l'assuré, agissant d'abord seul et par l'entremise ensuite d'un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif). En substance, il conclut à l'annulation de la décision rendue le 14 juillet 2025 par l'Office AI Berne et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière postérieurement au 31 décembre 2024 ainsi que, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause audit office pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 3 décembre 2025, l'office précité conclut pour sa part à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, au rejet de celui-ci. L'assuré et l'Office AI Berne se sont encore déterminés, en précisant et en confirmant s'agissant du premier ses conclusions antérieures, respectivement en concluant désormais quant au second au rejet du recours (après avoir reçu copie du recours complété le 17 septembre 2025).

En droit:

1.

1.1 La décision du 14 juillet 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er février au 31 décembre 2024, niant tout droit

pour le surplus. L'objet du litige porte sur la réformation ou l'annulation (partielle) de cette décision, principalement sur le maintien de la rente entière au-delà du 31 décembre 2024 et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. C'est le lieu de préciser que l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; TF 9C_431/2018 du 16 novembre 2018 c. 3.2, in SVR 2019 IV n° 32; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

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 ayant d'abord agi seule avant d'être 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, 32 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif 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 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 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI). 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.

2.3 Au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b). Lors de

l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a RAI (ATF 150 V 67 c. 4.3.2, 133 V 263 c. 6.1; TF 8C_132/2020 du 18 juin 2020 c. 4.2.2, in SVR 2020 IV n° 70).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; TF 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

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). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1 ^{bis} 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. Cette obligation d'instruction perdure aussi longtemps que l'impose l'éclaircissement des éléments nécessaires à l'examen du droit litigieux (ATF 151 V 258 c. 4.4, 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 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

3.

3.1 Dans la décision contestée et ainsi qu'explicité dans la présente procédure de recours, l'office intimé s'est rallié à l'appréciation de son SMR, telle que formulée dans les prises de position des 22 mars 2024 (y compris le complément du 16 avril 2024) et 9 janvier 2025 de ce service médical. Cet office en a conclu que l'assuré était en mesure d'assumer, à compter du 1er janvier 2025, des activités légères à moyennement lourdes à un taux de 100% et sans diminution de rendement. Bien qu'ayant limité le versement de la rente d'invalidité au 31 décembre 2024, cet office indiquait dans sa motivation que la réduction de cette prestation devait prendre effet au 1er mars 2025 après que l'amélioration constatée sur le plan médical se fut maintenue pendant trois mois consécutifs. A l'occasion de sa réponse et de sa duplique, l'office intimé a au surplus considéré que les documents médicaux déposés en procédure de recours n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions du SMR, à plus forte raison s'agissant de ceux joints à la réplique et établis postérieurement à sa décision.

3.2 A l'appui de son recours, l'assuré manifeste quant à lui son désaccord avec la décision rendue par l'intimé, estimant "pratiquement impossible" d'exercer un emploi en raison de ses atteintes aux genoux et au dos ayant nécessité plusieurs opérations. Dans sa réplique, il dénie toute valeur probante à l'appréciation du SMR, en particulier au second volet de celle-ci du 9 janvier 2025 confirmant les exigibilités définies les 22 mars et 16 avril 2024. Il fait grief à ce service médical d'avoir maintenu ses conclusions originelles en dépit des avis médicaux divergents exprimés par la suite au dossier. Il souligne que tant ses médecins traitants que les experts interniste et orthopédiste mandatés sont unanimes à lui dénier toute capacité de travail, dans quelque emploi que ce soit. Au surplus, il invoque une violation de son droit d'être entendu, par le fait que l'intimé n'aurait aucunement expliqué le montant de Fr. 54'918.- retenu à titre de

revenu avec invalidité. Il juge en outre ce montant irréaliste eu égard à son âge supérieur à 60 ans et l'estime pour sa part à Fr. 0.-.

4.

4.1 En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] I 649/06 du 13 mars 2007 c. 3.4, in SVR 2008 IV n° 8). Il s'ensuit que le courrier électronique du 19 août 2025 et le rapport du 31 décembre 2025 établis par le généraliste traitant de l'assuré doivent être pris en compte dans l'appréciation des preuves (dossier intimé [dos. int.] 69; dos. recourant [rec.] 5). Bien que postérieurs à la décision contestée du 14 juillet 2025, ils rendent en effet compte d'un suivi médical initié dès 2019 et permettent ainsi certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà avant ce prononcé. La même conclusion s'impose quant au rapport de l'actuel médecin neurochirurgien du recourant rédigé certes le 2 septembre 2025, mais en partie afférent à un suivi débuté en juin 2023 (dos. rec. 1). En revanche, il ne saurait être tenu compte dans le cadre du présent litige des certificats d'incapacité de travail établis les 19 août et 2 septembre 2025 ainsi que du rapport d'imagerie du 18 décembre 2025, documentant tous une situation médicale à une date déterminée postérieure à la décision litigieuse (dos. rec. 2 à 4; 6).

4.2 Il ressort du dossier les principaux éléments suivants relatifs à la prise en charge médicale et thérapeutique de l'assuré.

4.2.1 En raison initialement de douleurs aux genoux associées par la suite à des atteintes lombaires, le recourant s'est vu attester une incapacité de travail à 100% du 21 février au 31 mai 2023, à 50% du 1er au 6 juin 2023, puis à nouveau à 100% dès le 7 juin 2023 (dos. int. 9.2/1; 9.2/13 ss; 9.2/17; 9.2/24 ss; 20.4; 23.1/9; 23.2/1 s.; 23.2/23; 33/1; 39/3; 45/3;

50.4/1 ss; 50.4/8 s.; 50.4/17; 50.4/25; 50.4/31 ss; 50.4/45 ss; 50.4/52; 50.4/151 s.; 50.4/157 s.; 50.4/183 ss; 50.4/190; 50.4/241 s.; 50.7/1 ss; 56/2; 58/2).

4.2.2 L'assuré présente depuis de nombreuses années des gonalgies bilatérales, à l'origine prédominantes du côté gauche. De ce fait, il a subi des ménisectomies bilatérales en 2013 et 2014, puis des infiltrations en septembre et octobre 2022 (dos. int. 9.2/7; 50.4/16; 50.4/126). Un diagnostic de gonarthrose bilatérale a été posé début 2020 par un médecin rhumatologue (dos. int. 50.4/74). En février 2023, le recourant a consulté une chirurgienne orthopédique auprès d'un hôpital, qui a confirmé par la radiologie l'existence d'une gonarthrose tri-compartimentale évoluée et accentuée à gauche (dos. int. 9.2/23). Une arthroplastie totale de ce genou a été réalisée le 6 mars 2023 auprès de cet hôpital (dos. int. 9.2/21; 39/2 s.). Le chirurgien orthopédique l'ayant pratiquée a constaté à fin avril 2023 une évolution radiologique régulière, moyennant cependant des décharges électriques rapportées sur la face externe de la jambe et du genou gauches (dos. int. 9.2/18). Vers mi-juin 2023, hormis une hydarthrose au genou gauche associée à des douleurs à la mobilisation et une gonarthrose sévère du côté droit, ce médecin a fait état d'une compression avec un canal lombaire étroit et d'une faiblesse des membres inférieurs (dos. int. 50.4/87). En date du 3 juillet 2023, il a procédé à l'implantation d'une prothèse totale à l'autre genou (droit), dont l'évolution clinique a d'abord été décrite comme satisfaisante (dos. int. 9.2/1; 25/12; 50.4/99; 50.4/176). Une mobilisation articulaire sous anesthésie du genou droit a néanmoins dû être effectuée le 21 août 2023 en raison d'une raideur prothétique (dos. int. 25/4; 25/6 s.; 50.4/95; 50.4/114). Début octobre 2023, le chirurgien traitant a observé un bon état prothétique des genoux, avec persistance du côté droit de douleurs hydarthrosiques et d'un syndrome fémoro-patellaire usuels après ce type d'intervention (syndrome semblable à celui rencontré à l'autre genou, lui-même revenu à la normale; dos. int. 25/2). Entre février et avril 2024, il a cependant évoqué la persistance d'un épanchement articulaire douloureux au genou droit limitant la flexion avec amyotrophie du quadriceps (dos. int. 45/13; 50.4/168). Courant juillet 2024, ce médecin a de plus reconnu trois origines distinctes aux plaintes de son patient, soit une coxarthrose, une arthrose lombaire et des gonalgies

mécaniques. S'il a rapporté un substrat radiologique normal au genou droit, il a constaté cliniquement à ce genou un appareil extenseur inflammatoire en présence d'une tendinopathie de l'insertion du tendon quadricipital. D'après lui, l'incapacité de travail était totale dans tout type d'activité (dos. int. 45/3 ss; 45/9; 50.4/197). A l'issue d'une consultation du 31 octobre 2024, la première chirurgienne orthopédique consultée au sein du même hôpital a diagnostiqué, le 18 décembre 2024, une raideur fixe du genou droit et a évoqué à titre de limitations fonctionnelles un dysfonctionnement des deux membres inférieurs. A son sens, l'incapacité de travail était totale et le pronostic devait être qualifié de mauvais (dos. int. 51/3 ss).

4.2.3 En raison de sa problématique lombaire, l'assuré a en outre consulté à partir de mars 2023 un centre de la colonne vertébrale, au sein duquel ont été diagnostiquées une claudication spinale, des lombalgies chroniques réfractaires aux thérapies avec syndrome douloureux radiculaire prononcé, de multiples sténoses du canal lombaire en L3/L4 et L4/L5 avec compression des racines nerveuses L4 et L5, une spondylarthrose avancée, de même qu'une anomalie transitionnelle lombosacrée. Plusieurs infiltrations facettaires ont été pratiquées entre juin et septembre 2023 (dos. int. 27/10 s.; 39/10 s.; 39/16 ss; 39/25 s.; 39/29 s.). Le 7 mars 2024, le recourant a subi une décompression avec arthrectomie, discectomie, fusion intersomatique et instrumentation pédiculaire en L3/L4 et L4/L5, dont l'évolution post-opératoire a été décrite comme stable et favorable nonobstant la persistance de douleurs lombo-vertébrales mécaniques (dos. int. 33/2 s.; 39/12 ss; 39/21 s.). Dans son rapport du 2 septembre 2025 postérieur (de quelque six semaines) à la décision attaquée, l'actuel neurochirurgien traitant a en outre précisé qu'un syndrome lombo-vertébral persistait avec des douleurs lombaires et radiculaires diffuses, réfractaires au traitement médical en raison d'une dégénération sus-adjacente, ostéo-disco-ligamentaire à l'étage L2/3, pour laquelle l'assuré avait bénéficié d'infiltrations radioguidées. Dans ce contexte, il concluait à une incapacité de travail totale de durée indéterminée et indiquait envisager une deuxième intervention neurochirurgicale (dos. rec. 1).

4.2.4 Sur le plan somatique encore, il découle au surplus du dossier que le recourant est suivi depuis novembre 2018 pour un syndrome d'apnées du sommeil depuis lors appareillé (dos. int. 50.4/56; 50.4/59; 50.4/71; 50.4/97 s.). Il bénéfice en outre d'une prise en charge spécialisée en raison d'une cardiopathie hypertensive remontant à janvier 2019 (dos. int. 9.2/5 ss; 27/8; 43/2 s.; 50.4/20 s.; 50.4/35; 50.4/79; 50.4/132 s.; 50.4/144 ss). Une problématique gastrique (gastrite à Helicobacter pylori) a par ailleurs été rapportée en février 2019 (dos. int. 50.4/138 ss). A fin janvier 2020, une consultation neurologique a quant à elle abouti à des diagnostics de syndrome de tunnel carpien bilatéral de degré moyen et de lésions du nerf ulnaire des deux côtés de degré également modéré (dos. int. 50.4/75). Un suivi a de plus été initié à compter d'août 2023 (à tout le moins) auprès d'un chirurgien bariatrique du fait d'une obésité morbide (dos. int. 27/6; 45/22; 50.4/94; 50.4/108). Dans un rapport établi le 31 janvier 2024, le généraliste traitant a pour sa part diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, une myocardiopathie hypertrophique modérée, une claudication spinale et un status après opérations d'une gonarthrose bilatérale. Selon ses précisions, les symptômes actuels sous forme de douleurs lombaires et d'un gonflement du genou droit induisaient des limitations fonctionnelles importantes, incompatibles avec une quelconque activité lucrative (dos. int. 27/3 ss). Dans un courrier électronique du 18 août 2025, ce médecin a encore indiqué que si son patient pouvait être soulagé, il n'était absolument pas apte à porter des charges, à monter et à descendre des escaliers, ni à travailler debout ou en station alternée prolongée (dos. int. 69/1). Enfin, après avoir confirmé ses précédents diagnostics (incluant en sus le résultat d'une IRM lombaire du 18 décembre 2025 non susceptible d'être intégré au présent litige; voir c. 4.1), le médecin généraliste de l'assuré a réitéré dans un ultime rapport du 31 décembre 2025 qu'une activité lucrative, même adaptée, n'était plus envisageable chez son patient (dos. rec. 5).

4.3 Une expertise pluridisciplinaire a été au surplus réalisée en août 2024 en médecine interne, cardiologique et orthopédique sur mandat de l'assureur d'indemnités journalières. Dans leur rapport de synthèse du 17 septembre 2024, les experts mandatés ont retenu à titre de diagnostics potentiellement invalidants, d'une part, un status post prothèse totale du

genou gauche le 6 mars 2023 et du genou droit le 3 juillet 2023 pour gonarthrose tri-compartimentale de stade IV bilatérale avec évolution favorable à gauche, moins favorable à droite où une opération restait pendante en raison de limitations fonctionnelles et de douleurs persistantes, ainsi que, d'autre part, un status post fusion TLIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) en L3/L4 et L4/L5 le 7 février (*recte*: mars) 2024 pour lombalgies chroniques réfractaires et syndromes douloureux radiculaires bilatéraux associés à des sténoses sévères du canal lombaire en L3/L4 et L5/L5 (*recte*: L4/L5) avec compression des racines L4 et L5 et persistance de lombosciatalgies prédominantes à droite. A titre accessoire et sans influence sur la capacité de travail était en outre évoquée une obésité morbide. Sur le vu des limitations de la mobilité du genou droit et des lombosciatalgies, les experts ont exclu une reprise de l'activité usuelle impliquant la manipulation répétée de charges lourdes, de même qu'une autre activité lucrative même adaptée. Tout au plus ont-ils admis qu'une réduction du poids corporel, alliée à un rétablissement de l'amplitude articulaire au genou droit, permettrait cas échéant de restaurer une capacité de travail dans un emploi alternant les postures à la guise de l'assuré et n'exigeant pas de longs déplacements, ni de port régulier de charges lourdes, ni encore de mouvements répétés ou en porte-à-faux du tronc (dos. int. 50.3/22 s.).

4.4 Le SMR, par l'entremise d'un médecin spécialisé en chirurgie orthopédique, s'est également prononcé sur le cas du recourant. Sur la base des diagnostics potentiellement invalidants de dégénérescences lombaires avec sténoses spinales, d'un status après arthroplasties totales aux genoux en 2023 et d'une cardiomyopathie (stable et sous contrôle), ce médecin a estimé le 22 mars 2024 que l'activité usuelle n'était plus exigible, mais qu'un emploi corporel léger à moyennement (et occasionnellement) lourd l'était à condition d'alterner les postures ou de s'exercer principalement assis et de ne pas imposer de charges dépassant les 10 à 15 kg. D'après ses précisions, une telle activité adaptée devait en outre éviter les postures contraignantes prolongées du haut du corps – telles celles penchées vers l'avant, les travaux avec des mouvements rotatifs répétés du buste, des rotations de celui-ci en position assise ou debout sous contrainte de poids –, le soulèvement de charges à distance du corps

ou de façon répétitive au-dessus de la poitrine, des effets de charge soudains et asymétriques, des postures debout et à la marche prédominantes, des tâches en position courbée, accroupie ou agenouillée, la marche sur des terrains accidentés, des descentes prolongées, des sauts, l'escalade d'échelles et d'échafaudages, de même que la montée fréquente d'escaliers. Ce médecin indiquait enfin que ce profil d'exigibilité valait depuis le dépôt de la demande de prestations (en juillet 2023), à l'exception de la période d'incapacité de travail entière de trois mois consécutive à la seconde opération subie le 3 juillet 2023 au genou droit (dos. int. 30/3 s.). En date du 16 avril 2024, le médecin du SMR s'est prononcé sur l'intervention lombaire pratiquée le 7 mars 2024, en estimant que celle-ci générait une incapacité de travail entière pendant un laps de temps prévisionnel de trois mois. Pour le surplus, il a confirmé ses conclusions antérieures (dos. int. 34). Dans son ultime rapport du 9 janvier 2025, ce médecin a définitivement retenu que l'incapacité de travail entière reconnue à compter de l'intervention du 7 mars 2024 s'étendait jusqu'au 31 décembre 2024, puis que s'appliquait (à nouveau) le profil d'exigibilité défini le 22 mars 2024 (dos. int. 54/6).

5.

Se pose la question du caractère probant de l'appréciation médicale du SMR sur laquelle repose la décision contestée.

5.1

5.1.1 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).

5.1.2 La valeur probante des rapports du SMR (art. 49 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a; TF 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 c. 3.3.2), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TF 8C_839/2016 du 12 avril 2017 c. 3.2, in SVR 2018 IV n° 4). Si un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales internes à l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 145 V 97 c. 8.5, 142 V 58 c. 5.1, 139 V 225 c. 5.2, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6; TF 8C_434/2023, 8C_436/2023 du 10 avril 2024 c. 4.3, non publiés in ATF 150 V 188, mais in SVR 2024 UV n° 27).

5.2 Quant à sa forme, l'appréciation du SMR répond de prime abord aux exigences jurisprudentielles prédécrites permettant de lui reconnaître entière valeur probante. Le premier rapport du 22 mars 2024 de ce service médical a exposé le contexte clinique dans lequel s'inscrivait la demande de prestations et a décrit les limitations fonctionnelles encourues par l'assuré. S'est ensuivie une appréciation assécurologique portant sur la prise en charge thérapeutique (jugée régulière), la cohérence et la plausibilité des plaintes (admises), de même que sur les aptitudes, les ressources et les handicaps (reconnus comme induits par les atteintes dorsales, aux jambes et au cœur). En réponse aux questions formulées par l'intimé, le SMR a ensuite dressé le tableau diagnostique propre à

influencer la capacité de travail, a rappelé le début d'une incapacité de travail continue de 20% dans l'emploi usuel (dès le 21 février 2023) et a défini les exigibilités offertes dans une activité adaptée à compter du dépôt de la demande de prestations en juillet 2023. Cette appréciation initiale a de plus été complétée le 16 avril 2024 en vue d'y intégrer les suites médicales liées à l'intervention lombaire du 7 mars 2024. Dans son ultime appréciation du 9 janvier 2025, le SMR a réitéré ses diagnostics orthopédiques et a nié toute évolution médicale déterminante depuis ses rapports initiaux en se distançant ainsi de l'expertise pluridisciplinaire ayant exclu dans l'intervalle (en septembre 2024) et en l'état des traitements médicaux alors en cours toute activité lucrative, même adaptée. Eu égard aux problématiques de santé ici en cause, les qualifications en médecine orthopédique du médecin de ce service médical s'étant prononcé sur le cas de l'assuré s'avéraient suffisantes pour évaluer les conditions du droit aux prestations (la problématique cardiaque étant sous contrôle et sans influence sur la capacité de travail). Compte tenu par ailleurs des investigations cliniques étendues réalisées auprès des spécialistes traitants et des experts mandatés par l'assureur d'indemnités journalières dont l'ensemble des résultats figurent au dossier, il ne prête pas non plus le flanc à la critique que le médecin du SMR n'ait en soi procédé à aucun examen médical personnel de l'assuré (art. 49 al. 1 RAI; voir TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références). Sur le plan formel, on ne voit dès lors rien à redire à l'appréciation livrée par ce médecin.

5.3 Du point de vue de leur contenu, les conclusions du service médical interne de l'intimé ne convainquent en revanche guère au vu des lacunes et des approximations qui l'émaillent.

5.3.1 Sous l'angle diagnostique, la situation clinique décrite par le médecin orthopédiste du SMR s'accorde certes avec celle évoquée par les médecins traitants du recourant et les experts mandatés par l'assureur d'indemnités journalières. Cette convergence s'explique du reste aisément par la nature des pathologies orthopédiques principalement concernées, guère sujettes à interprétation. Sous cet aspect, le SMR remplit donc la fonction que lui assigne l'art. 49 RAI puisqu'il fait la synthèse (par l'entremise d'une collaboratrice administrative) des avis médicaux figurant

au dossier (JTA 2019/630 du 6 octobre 2020 c. 5.2). Tel n'est en revanche pas le cas quant à la tâche qui lui est principalement dévolue d'évaluer et de justifier la capacité de travail résiduelle en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de l'ensemble des ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques disponibles (art. 49 al. 1bis RAI). Ce constat s'applique d'abord à l'ultime appréciation des chirurgiens orthopédistes traitants de l'assuré, établie à mi-décembre 2024 à l'attention de l'intimé, sur la base d'une consultation médicale intervenue le 31 octobre 2024. Ainsi que déjà relevé (voir c. 4.2.2), le service hospitalier au sein duquel l'assuré avait subi une double arthroplastie aux genoux posait alors un pronostic défavorable en présence d'un dysfonctionnement des deux membres inférieurs et tablait sur une incapacité de travail totale. Ces conclusions médicales faisaient suite au premier profil de capacités fonctionnelles établi en mars et avril 2024 par le médecin du SMR sur la base de ses propres compétences en orthopédie. Il ressortait de ce profil d'aptitudes professionnelles qu'une activité adaptée était jugée possible à 100% dès juillet 2023 (dépôt de la demande), excepté durant la période du 3 juillet au 3 octobre 2023 frappée d'une incapacité de travail entière dans tout type d'activité ensuite de la seconde arthroplastie prédécrite (voir c. 4.4). Or, loin d'analyser ces conclusions médicales tierces qui divergeaient des siennes par le fait de nier la subsistance chez l'assuré d'une capacité résiduelle de travail, ce médecin s'est limité à reconduire le 9 janvier 2025 les exigibilités décrites antérieurement. Sa seule motivation à l'appui de ce nouveau rapport médical consistait alors à affirmer que l'état lombaire du patient s'était stabilisé depuis sa précédente appréciation de mars/avril 2024 (dos. int. 54/6). En revanche, le médecin du SMR ne s'est nullement prononcé sur les problématiques de gonarthrose, ni sur leur évolution clinique. Après un retour à la normale observé au genou gauche, ses confrères avaient pourtant fait état dès juillet 2024 d'une tendinopathie quadricipitale droite avec inflammation de l'appareil extenseur, en sus d'un dysfonctionnement des membres inférieurs (voir c. 4.2.2). Il ressortait en outre de leurs conclusions que ces symptômes s'étaient maintenus durant toute l'année 2024, en dépit de radiographies au genou droit à nouveau dans la norme à la mi-année. L'incapacité de travail entière attestée durant cette année 2024, valant pour tout type d'activité d'après les précisions du chirurgien opérateur, perdurait de plus encore en 2025. En témoignent en

effet, hormis le pronostic défavorable posé à fin 2024 par la chirurgienne orthopédiste traitante, les certificats d'incapacité de travail (entière) établis jusqu'en avril 2025 et toujours justifiés par la consultation médicale du 31 octobre 2024 déjà évoquée ci-avant (voir aussi dos. int. 56/2; 58/2). Or, parmi ces aspects médicaux, le SMR a passé sous silence ceux qui étaient pourtant déjà d'actualité au moment de son ultime appréciation du 9 janvier 2025. Pour sa part, l'intimé n'a pas davantage invité ce service médical à compléter son appréciation originelle au vu des constatations des médecins traitants postérieures à celle-ci, telles celles prédécrites émises sur le plan orthopédique ou celles encore provenant des médecins généraliste et neurochirurgien traitants ayant eux aussi dénié toute aptitude de travail à leur patient (voir c. 4.1 et c. 4.2.3 s.).

5.3.2 Les mêmes lacunes d'instruction entachent par ailleurs l'appréciation du SMR sous l'angle de son évaluation des conclusions expertales rendues en septembre 2024. Bien qu'exhorté par l'intimé à se prononcer à leur égard, ce service médical les a en effet totalement passées sous silence lors de ses dernières conclusions du 9 janvier 2025. Tout au plus a-t-il été fait mention de l'expertise pluridisciplinaire dans la synthèse médicale (dressée par une collaboratrice administrative), qui précédait les conclusions du SMR (dos. int. 54/1 s.). Si cette évaluation coordonnée sur les plans médicaux interne, cardiologique et orthopédique a certes été mandatée par l'assureur d'indemnités journalières, elle livre néanmoins des informations circonstanciées quant aux problématiques de santé en cause. Il en ressort ainsi notamment qu'en accord avec les médecins orthopédistes traitants, l'expert orthopédiste a admis que le recourant continuait à présenter des limitations fonctionnelles importantes au genou droit (avec une évolution favorable à l'autre genou) et qu'il souffrait en outre de douleurs au dos irradiant dans les jambes. Cet expert a conditionné la restauration d'une capacité de travail dans un emploi autre que celui usuel, mal profilé vu la manipulation répétée de charges lourdes inhérentes à celui-ci, à l'évolution de l'amplitude articulaire au genou droit. Le pronostic posé par cet expert a été jugé réservé, dès lors que celui-ci n'excluait pas la persistance d'une limitation de la mobilité à ce genou en dépit d'une prise en charge médicale adaptée, ni celle de lombalgies consécutivement à l'arthrodèse subie. D'après ses précisions, ces atteintes

orthopédiques expliquaient les incapacités de travail attestées jusqu'alors et toujours en cours (dos. int. 50.3/44). Sur le plan médical interne, l'expert désigné a recommandé à l'assuré de se soumettre sans plus tarder à la chirurgie bariatrique proposée. A son sens, seule cette intervention était de nature en effet à induire une perte de poids significative, propre à influer sur l'évolution de la symptomatologie douloureuse et la récupération de la mobilité. Ce n'est qu'à la condition de cette perte pondérale que l'expert interniste a envisagé la restauration d'une capacité de travail dans une activité alternant les postures au gré de l'assuré, de même qu'exempte de longs déplacements, de manutention fréquente de lourdes charges et de mouvements répétés ou en porte-à-faux du tronc (dos. Int. 50.3/38). En l'absence d'une atteinte cardiologique invalidante, les experts ont retenu dans leur synthèse commune qu'une réduction de la masse corporelle associée à une rééducation fonctionnelle du genou droit permettrait, cas échéant, de rétablir une capacité de travail aux conditions énumérées ci-avant (dos. int. 50.3/23). Or, le médecin du SMR n'a aucunement discuté ces aspects, avant qu'il ne conclue à l'exigibilité en plein d'une activité adaptée dès le dépôt de la demande de prestations en juillet 2023, hormis du 3 juillet au 3 octobre 2023 et du 7 mars au 31 décembre 2024 en lien avec les status post-arthroplastie (genou droit) et post-arthrodèse lombaire. De son côté, l'intimé n'a pas non plus exhorté l'assuré à se soumettre à l'intervention bariatrique prédécrite – de prime abord exigible médicalement – sous menace comminatoire des sanctions encourues en cas de refus (art. 21 al. 4 LPGA). L'obligation de diminuer le dommage s'applique en effet à cet égard (art. 7 LAI), de sorte que l'on peut attendre de la personne assurée qu'elle participe activement à des thérapies diététiques et médicamenteuses ou à des thérapies comportementales et à des programmes d'activité physique raisonnablement exigibles (art. 7 al. 2 let. d LAI). En application de la dernière modification jurisprudentielle (ATF 151 V 66 c. 5.9 et c. 5.11), l'intimé ne s'est enfin pas non plus prononcé sur le point de savoir si, à défaut d'un tel traitement médical, l'obésité pourrait néanmoins entraîner une invalidité donnant droit à des prestations de rente.

5.4 Au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante exigé en droit des assurances sociales (ATF 151 V 280 c. 3.3.1, 244 c. 3.4, 144 V

427 c. 3.2; TF 8C_457/2021 du 28 avril 2022 c. 3.3, in SVR 2022 UV n° 41), il faut dès lors conclure que l'appréciation médicale du SMR ne permet pas de trancher de manière fiable les droits litigieux. Les incertitudes qui s'en dégagent par rapport aux conclusions des médecins de famille, en particulier celles émanant des chirurgiens orthopédistes et de l'actuel neurochirurgien qui sont en mesure de justifier d'un suivi régulier depuis février et mars 2023, ne permettent pas de lui reconnaître entière valeur probante. Cette conclusion s'impose à plus forte raison qu'une expertise pluridisciplinaire mandatée par une assurance tierce parvient à des conclusions analogues à celles des spécialistes traitants sur les plans médicaux interne et orthopédique. Il s'ensuit que l'intimé a violé le principe inquisitoire (voir c. 2.5) en s'appuyant dans sa décision contestée sur l'unique source médicale émanant du SMR pour statuer sur le droit à la rente ici litigieux. Une instruction médicale complémentaire s'avère indispensable sous l'angle non seulement orthopédique, mais également du point de vue neurochirurgical puisqu'une évolution déterminante ne peut pas non plus être exclue sur ce plan à la date de la décision contestée. En revanche, rien au dossier ne permet de remettre en cause le fait que les limitations fonctionnelles induites à compter de février 2023 par les gonarthroses, puis dès le mois suivant par les lombalgies ont exclu toute aptitude à un travail même adapté jusqu'à fin décembre 2024 (hormis du 1er au 6 juin 2023 où une capacité de travail à 50% a été reconnue; voir c. 4.2.1). Les conclusions croisées des médecins traitants et des experts s'étant prononcés sur cette question permettent en effet de valider une incapacité de travail continue entière dans tout type d'emploi, couvrant l'ensemble de la période concernée (dos. int. 45/3 ss; 50.3/23; 51/4 s.; dos. rec. 1 et 5). Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter de la rente entière d'invalidité reconnue par l'intimé du 1er février au 31 décembre 2024, incontestée entre parties. Le point de départ de cette prestation a été fixé en accord avec l'échéance à la fois de la période de carence de six mois dès le dépôt de la demande de prestations déposée en juillet 2023 (art. 29 al. 1 LAI) et du délai d'attente d'une année ayant commencé à courir en février 2023 (art. 28 al. 1 let. b LAI; voir c. 2.2). Il convient dès lors d'annuler partiellement la décision querellée en tant que celle-ci refuse toute rente au-delà du 31 décembre 2024 et de renvoyer le dossier à l'intimé en vue d'une instruction médicale complémentaire permettant de

définir les atteintes fonctionnelles, la capacité de travail et leurs fluctuations éventuelles pour la période restant litigieuse. Dès lors que le Tribunal administratif retient sans équivoque dans les considérants de son jugement de renvoi que l'octroi de la rente temporaire entière décidée par l'intimé est justifié et fondé, il n'y a pas lieu d'informer le recourant sur le risque d'une *reformatio in peius* (ATF 137 V 314 c. 3.2.4). Le renvoi à l'intimé pour instruction des points litigieux se justifie en outre pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis dans les conclusions subsidiaires du recours. Une instruction au niveau du Tribunal administratif violerait le droit d'être entendu de l'assuré et le priverait d'une instance de décision (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision contestée. Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de se pencher sur les autres griefs soulevés dans le recours. A toutes fins utiles, on précisera néanmoins qu'une amélioration de l'état de santé telle qu'admise dès le 1er janvier 2025 par l'office intimé (appréciation compromise en l'état vu le présent jugement de renvoi portant sur cette période) ne saurait produire d'effets qu'à compter du 1er avril 2025, en application de l'art. 88a RAI (voir c. 2.3), et non à la date du 1er janvier 2025 retenue par celui-ci.

6.

6.1 Partant, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision de l'intimé du 14 juillet 2025, dans la mesure où celle-ci refuse toute rente dès le 1er janvier 2025, ainsi que de renvoyer la cause à l'intimé afin que celui-ci procède à une instruction complémentaire au sens des considérants et rende à l'issue une nouvelle décision.

6.2 Conformément à l'art. 61 let. fbis 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. 1bis phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des

frais judiciaires. L'intimé succombant, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI et art. 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée à l'entrée en force du présent jugement.

6.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente d'invalidité, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 132 V 215 c. 6.2). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens pour la présente procédure de recours. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 15 janvier 2026, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du Tribunal administratif dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 2'620.- (9.5 heures à Fr. 250.- + Fr. 48.70 de débours et Fr. 196.30 de TVA).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée en tant qu'elle refuse toute rente à partir du 1er janvier 2025. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée à l'entrée en force du présent jugement.

3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'620.- à titre de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):
   - au recourant, par son mandataire,
   - à l'intimé,
   - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président: 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).