

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 150 vom 29. September 2025

BE Verwaltungsgericht, 2025-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2025_150

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 150 du 29 septembre 2025

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 150 del 29 settembre 2025

Regeste

Refus de rente d'invalidité

Erwägungen

E. 1.1

La décision de l'intimé du 4 février 2025 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte implicitement sur l'annulation de cet acte et principalement sur l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi qu'à titre subsidiaire, sur le renvoi de l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant la force probante du rapport du SMR du 21 novembre 2024, sur lequel la décision attaquée a été basée.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

E. 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 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]).

E. 1.4

Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et art. 84 al. 3 LPJA).

E. 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 Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 5 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).

E. 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.

E. 2.3

Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 6 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; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_540/2020 du 18 février 2021 c. 2.3, in SVR 2021 IV n° 54).

E. 2.4

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. 1bis 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 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

E. 3.1

Dans la décision attaquée, l'intimé a exclu tout droit à une rente d'invalidité, en retenant que le recourant était en mesure d'accomplir à 100% (avec un rendement diminué de 20%) une activité adaptée à son état de santé et ce depuis le mois d'avril 2024. Ainsi, en comparant le revenu que celui-ci aurait perçu sans atteinte à la santé avec celui d'invalidité, établi sur une base statistique, il a arrêté le taux d'invalidité à 28% et indiqué que ce dernier était insuffisant pour justifier le droit à une rente. Dans sa réponse, l'intimé a ajouté s'être appuyé sur le rapport du SMR du 21 novembre 2024, auquel il a accordé une pleine valeur probante. Il a encore précisé que le dossier médical de l'assuré ne faisait état d'aucune atteinte à la santé sur le plan psychiatrique. Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 7

E. 3.2

Pour sa part, le recourant estime que la décision attaquée ne tient pas suffisamment compte de son état de santé, plus particulièrement sous l'angle psychiatrique. Il souligne qu'aucun médecin du SMR ne l'a examiné personnellement. Il explique en outre que son état de santé psychique s'est détérioré suite à la perte de son emploi et surtout depuis son accident. Il ajoute qu'il est d'ailleurs suivi par un psychiatre qui lui a prescrit un traitement antidépresseur. Il relève encore que, d'après ses médecins traitants, une reprise du travail n'est pas envisageable. Dans sa réplique, l'assuré précise souffrir d'un trouble anxio-dépressif sévère attesté médicalement par son psychiatre et il critique à ce propos le fait que l'intimé n'a pas examiné les répercussions de cette atteinte au moyen d'une expertise. Il relève enfin qu'il souffre toujours de douleurs persistantes à l'épaule gauche.

E. 4

A titre liminaire, il convient de constater que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 16 août 2023. Etant donné que cette question n'est pas litigieuse, le TA n'a donc pas à revoir cet aspect de la procédure (ATF 109 V 108 c. 2b) et doit procéder à un examen matériel complet du cas d'espèce, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation avec un regard neuf, sans être lié par les précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; TF 8C_280/2020 du 21 décembre 2020 c. 3.1, in SVR 2021 IV n° 36).

E. 5.1

En préambule, il faut relever que l'assuré a transmis à l'appui de sa réplique un rapport médical postérieur à la décision du 4 février 2025, établi par son médecin généraliste traitant (pièce justificative [PJ] 2). Le juge des assurances sociales apprécie toutefois la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 8 modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1; TF 8C_655/2021 du 27 juin 2022 c. 6.3.1, in SVR 2022 UV n° 46). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus a posteriori, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rédigé après la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à celle-ci (TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 c. 7.2.1 et la référence). En l'occurrence, bien que le rapport produit par le

recourant devant le TA soit postérieur à la décision attaquée, son contenu a manifestement trait à la situation qui prévalait avant ce prononcé. Partant, ce document sera pris en compte ci-après. Au surplus, le dossier permet de constater les faits médicaux suivants.

E. 5.2

Pour rendre sa décision du 19 septembre 2022, l'intimé s'est essentiellement appuyé sur les rapports du SMR et du médecin-conseil de l'assureur-accidents pour reconnaître un droit à une rente d'invalidité du 1er novembre 2020 au 28 février 2022. Dans un rapport du 3 juin 2021 (dossier [dos.] AI 31/3), un spécialiste en médecine du travail et en médecine générale du SMR avait posé les diagnostics de rupture du tendon du biceps gauche avec guérison prolongée, ainsi que de discopathie dégénérative et uncarthrose avec sténose foraminale en C5-C6 ainsi qu'en C6-C7 et contact avec la racine en C6 à gauche. Il avait repris le profil d'exigibilité défini, dans un écrit du 20 mai 2021, par le médecin-conseil de l'assureur-accidents, spécialiste en médecine interne générale. Il avait ainsi jugé adaptée une activité légère à parfois moyennement contraignante permettant d'éviter les postures forcées prolongées de la colonne cervicale (par exemple rester assis longtemps avec la tête penchée en avant), les mouvements stéréotypés de la tête, de rotation en position assise ou debout en portant des charges, le soulèvement de charges loin du corps et répétitivement au-dessus de la hauteur de la poitrine, les travaux au-dessus de la tête, les positions accroupies, penchées ou inclinées vers l'avant, les mouvements stéréotypés répétitifs dans la zone de la colonne cervicale, les travaux sollicitant les bras au-dessus du niveau du ventre, de même que la montée d'échelles et d'échafaudages. Il avait considéré que dans des cas exceptionnels et de Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 9 manière non répétitive, des poids de 7,5 kg pouvaient être soulevés et portés près du corps. Il avait encore ajouté que cette activité adaptée devait être effectuée idéalement avec les coudes reposant sur un support, sans mouvement de rotation répétée du membre supérieur. Le spécialiste du SMR avait ensuite confirmé les incapacités totales de travail attestées au dossier, soit du 24 octobre 2019 jusqu'en juin 2021 (dos. AI 31/4; voir aussi dos. AI 1.22/1, 1.47/1, 1.50/1, 30.24/2, 30.31/2, 30.35/2, 36/1 et 75/1). Il avait enfin estimé que dans une activité adaptée au profil d'exigibilité, la capacité de travail était de 100%, avec un rendement diminué de 20%, en raison d'une mobilité réduite de la colonne cervicale et des difficultés à utiliser le bras gauche, et ce depuis avril 2021 (dos. AI 31/4). L'intimé avait par la suite examiné les besoins de mesures de réadaptation de l'assuré avant la suppression de son droit à la rente. Une observation professionnelle avait alors été mise en place du 23 août au 28 novembre 2021 (dos. AI 53/1 et 69/2), puis, un soutien actif à la recherche d'un emploi approprié dès le 29 novembre 2021 (dos. AI 65/1; voir aussi dos. AI 68/3). Cette mesure avait été interrompue le 18 février 2022 (dos. AI 78/1), en raison de la prise par l'assuré d'un emploi de chauffeur à partir du 1er mars 2022 (dos. AI 77/1), lequel respectait le profil d'exigibilité posé (dos. AI 82/4; voir aussi dos. AI 79/1). Dès lors, l'intimé avait reconnu que la capacité de gain (retrouvée) de l'assuré était à nouveau exploitable sur un marché équilibré du travail dès le 1er mars 2022 et décidé de la fin du droit à la rente à cette même date (voir ATF 145 V 209 c. 5.4; TF 8C_80/2020 du 19 mai 2020 c. 2.3.1 et c. 2.3.3, in SVR 2020 IV n° 66).

E. 5.3

En lien avec la nouvelle demande de prestations du 16 août 2023, l'intimé a rassemblé les documents principaux qui suivent.

E. 5.3.1

Le 5 décembre 2022, l'assuré a consulté les services d'urgence d'un hôpital régional en raison d'une douleur rétrosternale d'origine indéterminée (dos. AI 110/23). Un spécialiste en chirurgie viscérale et bariatrique de l'hôpital précité, qui a vu l'assuré en consultation les 6, 8 et 14 décembre 2022 (dos. AI 110/21 s. et 110/25 s.) a relevé que celui-ci présentait des douleurs épigastriques depuis plusieurs années et a noté la présence de lipomes sous-cutanés. Il a toutefois exclu une pathologie biliaire. Le 21 décembre 2022, l'assuré a subi une œsophagogastroduodénoscopie avec Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 10 biopsies. Après cette intervention, le diagnostic de gastrite diffuse non érosive a été posé (diagnostic différentiel: gastrite associée à une infection à Helicobacter), ainsi que celui d'œsophagite de reflux érosive (dos. AI 110/19).

E. 5.3.2

En date du 2 mai 2023, un institut de radiologie a réalisé une IRM de l'épaule gauche et indiqué qu'une nouvelle rupture de la coiffe transfixiante était exclue. Une stabilité des signes d'enthésopathie chronique fissuraire pour supra et infra-épineux sans rétraction a en outre été rapportée, ainsi qu'une éventuelle petite avulsion du relief antérosupérieur du labrum (dos. AI 111/13).

E. 5.3.3

Le médecin généraliste ayant pris en charge l'assuré à la suite de son accident du 21 avril 2023 a adressé à l'assureur-accidents deux écrits des 10 mai et 24 août 2023 (dos. AI 119.33/3 et 119.56/3). Il a alors retenu le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire décompensée après un traumatisme direct et constaté une douleur, ainsi qu'une impotence de l'épaule gauche, avec une limitation des mouvements. Il a en outre attesté une incapacité de travail à 100% du 7 mai au 31 août 2023 (voir aussi dos. AI 98/2 et 98/5-7). A la demande l'intimé et après avoir confirmé la persistance des douleurs (dos. AI 101/3), le généraliste traitant a encore souligné, dans un rapport non daté, mais reçu le 12 décembre 2023, que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait travailler à 100%. Il a en outre émis un pronostic positif quant à son potentiel de réadaptation (dos. AI 110/2). Il a encore attesté des incapacités de travail du 1er au 30 mai 2024 (dos. AI 124.30/2), puis du 1er septembre au 31 octobre 2024 (dos. AI 124.16/2 et 124.8/2).

E. 5.3.4

Le 10 août 2023, le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie ayant opéré l'assuré en 2019 a diagnostiqué une contusion de l'épaule gauche avec décompensation d'une arthropathie acromio-claviculaire à gauche, mais aussi un status après une suture de la coiffe des rotateurs de cette épaule en décembre 2019 (dos. AI 101/8). Ce même spécialiste, après avoir revu son patient le 31 août 2023 (dos. AI 101/7), a encore relaté qu'ensuite d'une infiltration acromio-claviculaire effectuée le 17 août 2023 (dos. AI 119.37/1), la situation s'était légèrement améliorée, mais sans pour autant être complètement stabilisée, l'intéressé ayant Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 11 continué de présenter une limitation de la mobilité accompagnée de douleurs. Dans un écrit du 2 novembre 2023 (dos. AI 101/4), le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie a confirmé ses précédents diagnostics, en les complétant par celui de radiculopathie cervicale à gauche. Par

rapport du 18 janvier 2024 (dos. AI 119.112/2), il a relevé que les infiltrations pratiquées étaient restées sans effet et que la situation était superposable avec des douleurs acromio-claviculaires diffuses au moignon de l'épaule gauche. Il a en outre attesté des incapacités de travail de l'assuré du 31 juillet 2023 au 30 avril 2024 (dos. AI 98/1, 119.6/2, 119.10/2, 119.22/2, 119.29/2 et 119.38/2).

E. 5.3.5

Dans un rapport du 13 novembre 2020 (recte: 2023; dos. AI 101/10), le psychiatre et psychothérapeute assurant une prise en charge de l'assuré depuis mai 2023, en raison d'une humeur jugée nettement dépressive, avec anxiété et trouble du sommeil, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Il a rapporté que l'assuré se plaignait essentiellement de douleurs persistantes à l'épaule, d'une nervosité interne, d'une humeur dépressive, d'une irritabilité accrue, de difficultés de concentration, ainsi que d'oublis. De l'avis du spécialiste, il existait une humeur dépressive et dysthymique qui, associée aux troubles somatiques et à une charge psychosociale, avait un effet négatif important sur la santé de son patient. Il a en outre relevé l'existence de facteurs psychosociaux étrangers à l'accident exerçant une influence évidente sur les symptômes psychiques de l'assuré. Selon le spécialiste, ces facteurs allaient avoir, à moyen terme, une influence déterminante sur la persistance des troubles psychiques.

E. 5.3.6

Le 29 novembre 2023, l'assuré a consulté un médecin spécialisé dans le traitement de la douleur, lequel a constaté des douleurs au niveau du cou, de l'épaule et du bras gauche en présence d'une sténose foraminale en C6 à gauche et d'une protrusion discale de C5 à C7 (dos. AI 110/28; voir aussi dos. AI 123/1).

E. 5.3.7

Le 30 mai 2024, un second spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie s'est prononcé sur l'état de santé de l'assuré. Ce dernier, Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 12 après examen des résultats de l'IRM du 2 mai 2023 (voir c. 5.3.2) et d'une radiographie de l'épaule gauche réalisée le 28 mai 2024, a alors retenu les diagnostics de perte fonctionnelle douloureuse de l'épaule gauche en présence d'une arthrose activée de l'articulation acromio-claviculaire et d'une raideur partielle de l'épaule, de status après une suture de la coiffe des rotateurs gauche, ainsi que de syndrome cervical avec protrusions discales et rétrécissement foraminaux en C6 à gauche. Il a en outre relevé une chronicisation de la symptomatologie et a expliqué que l'épaule était difficilement examinable en raison de la douleur. Il a de plus expliqué que la raideur de l'articulation par le fait que l'assuré épargnait son épaule. Il a ainsi préconisé une résection arthroscopique et une mobilisation de l'épaule (dos. AI 124.29/2). Il a attesté une incapacité de travail du 1er juin au 30 août 2024 (dos. AI 124.20/2, 124.24/2 et 124.28/2).

E. 5.3.8

Une nouvelle IRM de l'épaule gauche, réalisée le 11 juin 2024, a relevé un amincissement sévère de la coiffe des rotateurs, de grade III selon la classification Sugaya, mais exclu une rupture récente de celle-ci. Une bonne trophicité musculaire et une activation de l'arthrose acromio-claviculaire ont aussi été rapportées (dos. AI 124.27/1). Dans des écrits des 18 juin et 29 juillet 2024, le second spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie a

réitéré ses précédents diagnostics (voir c. 5.3.7). Il a en outre émis l'avis qu'une résection arthroscopique de l'articulation acromio-claviculaire était peu prometteuse, puisque l'assuré était trop jeune pour l'adaptation d'une prothèse inversée. Un traitement de physiothérapie a été prescrit en lieu et place (dos. AI 124.22/2 et 124.26/2).

E. 5.3.9

Au moyen d'un écrit du 17 septembre 2024, le médecin-conseil de l'assureur-accidents, un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a relevé, notamment sur la base des résultats de l'IRM du 2 mai 2023 et de l'échographie du 17 août 2023, que l'assuré souffrait de douleurs résiduelles et d'une limitation fonctionnelle due à la décompensation arthrosique de l'acromio-claviculaire. Il a ajouté que l'atteinte pourrait être améliorée par une résection de la clavicule distale, ce que l'assuré refusait toutefois. Il a ensuite estimé qu'en raison du status après une suture du tendon supra-épineux en décembre 2019, puis d'une re-rupture non réparable de ce tendon, associée à une décompensation Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 13 douloureuse de l'arthrose acromio-claviculaire, l'assuré n'était plus en mesure d'exercer sa profession antérieure d'auxiliaire du bâtiment. Il a en revanche considéré que l'assuré pouvait exercer à plein temps une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir en dessous du plan du thorax, sans port de charge à l'aide du membre supérieur gauche, avec de façon idéale le coude et l'avant-bras gauches reposant sur un support et sans mouvement de rotation répété de ce membre (dos. AI 124.11/1; voir aussi dos. AI 119.25/1).

E. 5.3.10

Un spécialiste en médecine du travail et en médecine générale du SMR s'est déterminé le 21 novembre 2024 (dos. AI 134/4). Il a alors posé les diagnostics de perte fonctionnelle douloureuse de l'épaule gauche avec arthrose acromio-claviculaire activée et raideur partielle, de status après une suture de la coiffe des rotateurs gauche, de même que de syndrome cervical avec protrusions discales et rétrécissement foraminal en C6 à gauche. Le spécialiste a en outre confirmé le profil d'exigibilité défini par le médecin-conseil de l'assureur-accidents (voir c. 5.3.9). Il est enfin arrivé à la conclusion que l'assuré était en mesure d'exercer, à 100%, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées et ce dès avril 2024, avec un rendement réduit de 20% en raison de l'utilisation limitée du bras gauche.

E. 5.3.11

Avec sa réplique, le recourant a encore produit un rapport de son généraliste traitant, du 3 avril 2025 (PJ 2). Ce médecin y a relevé que son patient souffrait d'un syndrome anxio-dépressif sévère et que celui-ci avait été pris en charge auprès d'un établissement de santé mentale.

E. 6

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 21 novembre 2024, sur lequel la décision attaquée a été fondée.

E. 6.1.1

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 Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 14 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).

E. 6.1.2

Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.20]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA (TF 8C_839/2016 du 12 avril 2017 c. 3.1). 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 8C_33/2021 du 31 août 2021 c. 2.2.2 et les références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (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). 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 alors une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 15 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).

E. 6.2

En l'espèce, d'un point de vue formel, il convient tout d'abord de souligner que les qualifications du médecin du SMR (en médecine du travail et en médecine générale) ne prêtent pas le flanc à la critique, ce d'autant plus que, d'après la jurisprudence, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (voir TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 c. 4.2, 9C_711/2010 du 18 mai 2011 c. 4.3). En outre, contrairement à ce que le recourant affirme, la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical, lorsque que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 c. 3.2 et les références). Or, en l'occurrence, il faut constater que d'un point de vue somatique, le SMR a tenu compte des pièces pertinentes du dossier médical et en particulier des évaluations médicales du second spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, des 30 mai et 18 juin 2024, qui ont été établies chacune sur la base d'un examen clinique du recourant (dos. AI 124.26/2 et

124.29/2). Il n'en va toutefois pas de même sur le plan psychiatrique. En effet, le médecin du SMR n'évoque aucunement le rapport établi le 13 novembre 2023 par le spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie traitant, qui figure pourtant au dossier de l'intimé (voir c. 5.3.5). Cet écrit mentionne toutefois un diagnostic psychiatrique et mentionne les symptômes du patient. Il n'est pourtant pas évoqué par le SMR, qui semble l'avoir ignoré. Dans cette mesure, on ne saurait donc retenir que le rapport du 21 novembre 2024 repose sur une étude fouillée des points litigieux importants (pour un cas similaire, voir JTA AI/2022/383 du 18 septembre 2022 c. 5.3). Du reste, on ne saurait passer sous silence que, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les conclusions du SMR sont particulièrement succinctes et peu étayées. Elles ne sont en outre pas dépourvues d'ambiguïté, comme cela sera mis en relief au stade de l'examen matériel. Partant, le rapport du SMR du 21 novembre 2024 est donc déjà sujet à caution, à l'aune d'un examen formel. Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 16

E. 6.3

Sous l'angle matériel, il convient d'abord néanmoins de relever que l'évaluation diagnostique du spécialiste en médecine du travail et en médecine générale du SMR, bien que brève, demeure convaincante, à tout le moins sur le strict plan somatique. Celle-ci est cohérente et s'aligne avec celle des différents spécialistes en chirurgie orthopédique ayant pris en charge le recourant. Les diagnostics de perte fonctionnelle douloureuse de l'épaule gauche avec arthrose acromio-claviculaire activée et raideur partielle de l'épaule, de status après la coiffe des rotateurs gauche, ainsi que de syndrome cervical avec protrusions discales et rétrécissement foraminaux en C6 à gauche ont en effet été repris de l'avis émis par le dernier spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie consulté (voir c. 5.3.7 s.) et font l'objet d'un consensus parmi les médecins de l'assuré. Dans ce contexte, le médecin du SMR a ensuite rappelé de manière pertinente les circonstances des deux accidents survenus en octobre 2019 et en mai 2023, puis a retracé de manière probante l'évolution de l'état de santé de l'assuré entre les deux événements. Ainsi, il a relaté qu'après le premier accident, l'assuré avait subi une suture de la coiffe des rotateurs gauche et, lors du second accident, une contusion de l'épaule gauche, entraînant une décompensation douloureuse de l'arthrose acromio-claviculaire. L'expert s'est ensuite appuyé de façon logique sur les résultats de l'IRM réalisée le 2 mai 2023, qui n'ont pas relevé de nouvelle rupture de la coiffe transfixante nouvelle (voir c. 5.3.2). De la même manière, il s'est appuyé sur ceux de la dernière IRM pratiquée le 11 juin 2024, qui a mis en évidence un amincissement sévère de la coiffe des rotateurs résiduelle, mais aucune rupture récente de celle-ci et une bonne trophicité musculaire, de même qu'une activation de l'arthrose acromio-claviculaire (voir c. 5.3.8). Sur cette base, le médecin du SMR est ainsi parvenu de façon convaincante à la conclusion que les investigations radiologiques n'avaient pas relevé d'aggravation de la lésion de la coiffe des rotateurs chez l'assuré, suite au second accident, ce qui rejoint l'avis du médecin-conseil de l'assureur-accidents (dos. AI 124.11/3). Il s'est également accordé avec le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie consulté en dernier lieu concernant la présence d'un enraidissement de l'épaule gauche chez l'assuré (voir c. 5.3.7). On parvient dès lors aisément à saisir l'avis du spécialiste du SMR, qui a estimé que les chances de guérison étaient bonnes, pour autant que l'assuré exerce une mobilisation active de son épaule. Pour ce qui est du profil d'exigibilité, le médecin du SMR a retenu qu'on pouvait attendre du recourant qu'il exerce

une activité légère réalisée en dessous du plan du thorax, sans port de charge à l'aide du membre supérieur gauche, avec de façon idéale le coude et l'avant-bras gauches reposant sur un support, mais sans mouvement de rotation répété du membre supérieur gauche (dos. AI 134/5). Au vu de l'évolution de l'état de santé de l'assuré exposée ci-avant, on ne voit rien à redire dans le fait que le médecin du SMR a repris le profil d'exigibilité défini par le médecin-conseil de l'assureur-accidents dans son évaluation du 17 septembre 2024. Celui-ci est lui-même superposable au profil établi par le médecin-conseil de l'assureur-accidents qui a examiné personnellement l'assuré le 12 mai 2021 (dos. AI 30.10/5 s.), à la suite du premier accident. On ajoutera que ce profil d'exigibilité a d'ailleurs été éprouvé dans le cadre d'une mesure d'observation professionnelle ayant eu lieu du 23 août au 28 novembre 2021 (dos. AI 53/1), au terme de laquelle la fondation en charge de la mesure l'a confirmé, en soulignant que l'assuré pouvait exercer à temps plein, sans diminution de rendement, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (dos. AI 64.1; voir p. 5 s. du "Protokoll per 02.04.2025" [dos. TA]). Par conséquent, le profil d'exigibilité retenu sur le plan somatique qui épargne le membre supérieur gauche, ce qui ne prête pas à discussion compte tenu des diagnostics et affections émanant du dossier, s'avère cohérent.

E. 6.4

Néanmoins, en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, l'appréciation du SMR apparaît approximative. Certes, le médecin de ce service a considéré que les attestations d'incapacité de travail figurant au dossier étaient justifiées, s'agissant de l'exercice de travaux lourds mais qu'une capacité de travail pouvait néanmoins être envisagée dans une activité adaptée, sans charge sur l'épaule, à 100% et avec un rendement réduit de 20%. L'altération de ce rendement a d'ailleurs logiquement été mise en lien avec une utilisation limitée du bras gauche. Toutefois, le rapport du SMR ne permet pas de retracer le raisonnement ayant amené le spécialiste de ce service à estimer que l'assuré avait récupéré sa capacité de travail au mois d'avril 2024. En effet, le recouvrement de la capacité de travail de l'assuré à partir de cette date n'est aucunement expliqué par le médecin du SMR et il ne trouve d'ailleurs Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 18 aucun appui dans les pièces au dossier. Au contraire, il apparaît que le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie consulté en dernier lieu, à l'instar du médecin généraliste traitant, avaient attesté une incapacité de travail jusqu'au 30 octobre 2024 (voir c. 5.3.3 et 5.3.7). Qui plus est, au moment où le médecin-conseil de l'assureur-accidents s'est prononcé sur le profil d'exigibilité, le 17 septembre 2024, il n'a pas précisé que celui-ci était valable rétrospectivement. Dans ces conditions, force est d'admettre que l'amélioration de la capacité de travail retenue par le SMR dès le mois d'avril 2024 n'emporte pas conviction.

E. 6.5

Aussi, comme déjà évoqué (voir c. 6.2), il n'est pas non plus compréhensible que le médecin du SMR ait affirmé sans équivoque que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé sur le plan psychique. En effet, il ressort d'un rapport du 13 novembre 2023 que l'intéressé a consulté un psychiatre et psychothérapeute les 23 mai, 16 juin, 5 juillet et 13 novembre 2023, en raison d'un état dépressif important, d'une agitation intérieure et de difficultés de sommeil. Un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 CIM-10) a d'ailleurs été posé (voir c. 5.3.5). Toutefois, le médecin du SMR ne s'est aucunement penché sur cette appréciation médicale. Après avoir fait état de nombreux symptômes présentés par son patient, le psychiatre et psychothérapeute a par ailleurs

déclaré que l'assuré ne se sentait pas capable de travailler. Il a ajouté que l'humeur dysthymique/dépressive (fluctuante mais constante), associée aux douleurs chroniques de l'épaule gauche, mais aussi à des facteurs psychosociaux, formait un complexe d'éléments dont l'interaction était particulièrement négative. Il a également indiqué que les incapacités de travail à 100% attestées sur le plan somatique ne reflétaient qu'un seul volet des atteintes présentées par le recourant (dos. AI 101/11). Partant, s'il est vrai que le psychiatre et psychothérapeute traitant n'a pas formellement conclu à une incapacité de travail, force est de constater que son avis est ambigu à ce propos et qu'il ne permet pas de nier l'influence du diagnostic psychiatrique retenu sur la capacité de travail de l'intéressé. L'évolution sur le plan psychiatrique demeure également incertaine. Par conséquent, dans ces circonstances, le SMR ne pouvait faire l'économie d'un examen du rapport du psychiatre et psychothérapeute traitant. Cet écrit n'a toutefois été apprécié par aucun Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 19 spécialiste de ce service. Dans ces conditions, le SMR et, partant, l'intimé, ne pouvaient exclure à suffisance l'existence d'une pathologie psychiatrique impactant la capacité de travail (voir en ce sens TF 8C_515/2024 du 25 mai 2025 c. 4.5 s., destiné à la publication). Cette lacune apparaît d'ailleurs d'autant plus problématique qu'à l'appui d'un rapport du 3 avril 2025, le médecin généraliste traitant a désormais fait état d'une manifestation d'un syndrome anxiodépressif sévère, pour lequel un suivi a été instauré au sein d'un établissement de santé mentale (voir c. 5.3.12). Cette appréciation médicale, certes postérieure à la décision attaquée, tend néanmoins à confirmer la présence d'une atteinte psychique au cours de la période couverte par l'objet de la présente contestation et remet donc en question l'assertion de l'intimé, selon laquelle le dossier ne faisait état d'aucune pathologie relevant de la psychiatrie (voir ch. 6 de la réponse; voir aussi p. 2 de la duplique). Par conséquent, le rapport du SMR du 21 novembre 2024 se révèle être lacunaire, si bien qu'on ne saurait en confirmer les conclusions, qui n'emportent dès lors pas conviction.

E. 7

Au vu de ce qui précède, il apparaît donc que tant les rapports médicaux versés au dossier que les conclusions du médecin du SMR ne permettent pas de statuer de manière fiable, à savoir au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve généralement usité en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2), sur l'état de santé et sur la capacité de travail de l'assuré. En rendant une décision en l'état du dossier et en se basant sur le rapport lacunaire du SMR, du 21 novembre 2024, l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir c. 2.6). Il y a donc lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé en vue d'une instruction complémentaire. Dans ce contexte, il s'agira en premier lieu pour l'intimé de clarifier, sur le plan somatique, la question de la capacité ou de l'incapacité de travail du recourant à compter de la période courant dès avril 2024, puis d'en établir l'évolution. Il incombera ensuite à l'intimé de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique, au moyen d'une détermination circonstanciée du SMR, voire par le biais d'une expertise. L'intimé veillera à établir à suffisance la Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 20 présence ou non d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, voire d'une autre atteinte psychique et, le cas échéant, en précisera les éventuelles répercussions sur la capacité de travail, si besoin est, à l'aune des indicateurs standards prévus par la jurisprudence (ATF 143 V 409, 143 V 418, 141 V 281). Il se prononcera ensuite à nouveau sur le droit à la rente.

E. 8.1

En conclusion, le recours est admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Dans le cas d'espèce, le renvoi de la cause à l'intimé se justifie puisqu'il se rapporte à des points litigieux qui n'ont pas été investigués en procédure administrative, de même qu'à des éléments des conclusions du SMR qui doivent être clarifiés, précisés et complétés (ATF 139 V 99 c. 1.1, 137 V 210 c. 4.4.1.4; TF 9C_703/2015 du 12 novembre 2015 c. 3.1, in SVR 2016 IV n° 4).

E. 8.2

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

E. 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). Bien que le recourant obtienne gain de cause, il ne se justifie pas de lui allouer de dépens (sous la forme d'une indemnité de partie), ce dernier n'étant pas représenté et la présente cause n'ayant pas occasionné d'efforts dépassant ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires (art. 61 let. g LPGA; art. 108 al. 3 LPJA en lien avec les art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b; TF 9C_714/2018 du 18 décembre 2018 c. 9.2.1, non publié in ATF 144 V 380, mais in SVR 2019 KV n° 7). Jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 29 septembre 2025, 200.2025.150.AI, p. 21 Par ces motifs:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.