

200.2013.183.AI

TIC/BEP/BEJ

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

Jugement du 23 juin 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et D. Baldin, juges
Ph. Berberat, greffier



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 4 février 2013

En fait:

A.

A._____, né en 1950, père de quatre enfants adultes issus d'une première union, est arrivé en Suisse en 1991 pour son deuxième mariage, qui a été dissous par le divorce en 1998. Il prétend avoir travaillé comme enseignant, puis patron d'une entreprise de construction, avant de tomber au chômage en 1988, dans son pays d'origine. En Suisse, en plus de la charge de ses quatre enfants qui l'y avaient rejoint, il a assumé diverses activités entrecoupées de nombreuses périodes de chômage, en dernier lieu comme chauffeur de minibus et concierge. Dès le 1^{er} décembre 2003, il a perçu des indemnités de l'assurance-chômage (dossier [dos.] de l'assurance-invalidité [AI] 2, 5, 28/33 s., 41 et 42). Le 14 novembre 2004, alors qu'il se trouvait en incapacité de travail pour maladie dans le programme d'occupation temporaire qu'il suivait (dos. AI 11/6, 54/55), il a été victime d'un accident. Sa voiture, arrêtée à un passage pour piétons, a été percutée par l'arrière par un autre véhicule (dos. AI 17/54). La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA) a pris le cas en charge. Une capacité de travail à 50% a été recouvrée dès le 1^{er} mars 2005. Dès le 26 avril 2005, une incapacité de travail totale pour maladie (et accident) a à nouveau été attestée, suite à une hospitalisation pour pneumothorax droit sur emphysème pulmonaire. La SUVA a mis fin à ses prestations au 1^{er} juin 2007.

L'intéressé a déposé le 4 janvier 2006 une demande de prestations AI datée du 21 décembre 2005, en requérant un reclassement, pour les atteintes suivantes: "cervicalgies + oreilles gauche et droite (SUVA)" et "pneumothorax 04.2005" (caisse-maladie C.____). L'Office AI Berne s'est notamment procuré un rassemblement des comptes individuels de cotisations sociales, le dossier de la SUVA et, sur recommandation de son service médical régional (SMR), a organisé une expertise bi-disciplinaire (appareil locomoteur et psychiatrique) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI, en l'occurrence le centre de la clinique D._____) qui a abouti à un rapport du 19 novembre 2007. Par une autre demande de prestations du 31 octobre 2008, déposée le 5 novembre

2008 par le service social de sa commune en son nom, l'assuré a requis une rente en décrivant ses atteintes comme suit: "suite à un accident de voiture, péjoration de l'ouïe, de la mémoire, baisse de la mobilité du bras droit (épaule), maux de tête constants, fragilité psychologique". L'Office AI a chargé son service spécialisé d'une enquête sur le ménage. Sur la base d'un avis du SMR, après objections contre une première préorientation du 27 avril 2009, l'Office AI a fait compléter l'expertise. Dans une nouvelle préorientation du 19 novembre 2009, il a de nouveau annoncé un refus de rente d'invalidité, ce qu'il a corroboré par décision du 26 janvier 2010, en dépit des nouvelles objections verbalisées lors d'une audition de l'assuré du 7 janvier 2010. Suite à un recours du 18 février 2010 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), dans lequel l'assuré a fait valoir une détérioration de son état de santé, l'Office AI Berne, sur reconsidération du 7 juin 2010, a annulé sa décision (JTA 200.2010.226.AI du 9 juin 2010).

L'Office AI Berne a repris l'instruction et s'est procuré un rapport médical du psychiatre traitant ainsi qu'une expertise psychiatrique et un avis actualisé du SMR. Consécutivement à des observations du 31 mai 2012 de l'assuré, nouvellement représenté par un avocat, faisant elles-mêmes suite à une préorientation du 27 avril 2012 prévoyant (à nouveau) le refus du droit à une rente, l'Office AI a encore requis des rapports médicaux des médecins généralistes traitants successifs de l'assuré ainsi que du SMR. Par décision du 4 février 2013, l'Office AI Berne a confirmé son préavis et refusé le droit de l'assuré à une rente.

B.

Par recours du 6, complété le 21 mars 2013, l'assuré, toujours représenté par son avocat, a porté la cause devant le TA en concluant à l'admission de son recours et à ce que des investigations complémentaires soient ordonnées, notamment une expertise pluridisciplinaire actualisée. Dans sa réponse du 13 mai 2013, l'Office AI Berne a renoncé à déposer une prise de position et conclu au rejet du recours. Le 21 mai 2013, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 4 février 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente AI. L'objet du litige porte sur l'organisation de mesures d'instruction complémentaires avant que le droit à la rente ne soit tranché. Sont particulièrement critiqués l'instruction insuffisante de l'évolution médicale du recourant, notamment sur le plan somatique, et le fait que l'intimé n'ait pas pris en compte l'âge avancé du recourant.

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, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du 6 octobre 2000 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] et 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 de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 En règle générale, l'état de fait et de droit déterminant est, au plus tard, celui qui prévalait à la date de la décision contestée, soit en l'espèce le 4 février 2013. Les dispositions matérielles de la 5^{ème} révision de la LAI, entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 p. 5129), respectivement celles de la 6^{ème} révision, premier volet, de la LAI, entrées en vigueur le

1^{er} janvier 2012, sont donc en principe applicables au présent cas. Dans la mesure où la (première) demande du recourant date du 21 décembre 2005 et où une partie des faits déterminants se sont ainsi réalisés avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, les dispositions antérieures en vigueur à l'époque correspondante leur sont toutefois applicables (ATF 132 V 215 c. 3.1.1, 130 V 445 c. 1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 al. 1 LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008; ancien [anc.] art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, ont droit à une rente les personnes assurées dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir leurs travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui ont présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année sont invalides (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008; anc. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007).

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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). 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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 L'intimé fonde le degré d'invalidité de 37% auquel il aboutit en comparant deux mêmes revenus statistiques, l'un à 100% et l'autre à 70%, en concédant en plus un abattement de 15% à raison de l'invalidité. L'intimé estime qu'à l'échéance du délai d'attente, le recourant avait recouvré une capacité de travail de 70% dans l'une de ses activités professionnelles précédentes, à savoir celle de chauffeur de minibus. Le

taux de 70% du revenu avec handicap se fonde sur les conclusions du COMAI et de la dernière expertise psychiatrique, en relation avec une appréciation des derniers rapports médicaux des médecins traitants de laquelle le SMR a déduit une absence d'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'évaluation des experts.

3.2 Pour sa part, l'assuré ne conteste pas en soi les résultats des deux expertises. Déjà en réaction au préavis du 19 novembre 2009, puis dans son premier recours du 18 février 2010, il a toutefois prétendu que les résultats du COMAI, fondés sur des examens datant de fin avril 2007, étaient dépassés sur les plans tant physique que psychique. Après l'annulation sur reconsidération de la première décision de refus et l'organisation d'une nouvelle expertise psychiatrique, en réaction au nouveau préavis de refus du 27 avril 2012 et dans son nouveau recours, il a refusé l'évaluation pratiquée par le dernier psychiatre seul mandaté comme expert. Il ne conteste certes pas en soi les conclusions de ce dernier, mais objecte qu'elles ne sont pas pluridisciplinaires et font totalement abstraction de l'évolution des autres aspects de son état de santé. Au surplus, il soutient qu'en tout état de cause, il est irréaliste de lui reconnaître la possibilité de retrouver du travail dans une activité adaptée à plus de 62 ans.

4.

4.1

4.1.1 Après étude du dossier transmis par l'AI, qui comprenait notamment tous les documents rassemblés par la SUVA, et des examens personnels psychiatriques et de l'appareil locomoteur pratiqués le 26 avril 2007, les experts du COMAI, dans leur rapport bi-disciplinaire du 15 novembre 2007, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des scapulo-omalgo-brachialgies droites chroniques et, sans influence sur la capacité de travail, un status après whiplash cervical le 14 novembre 2004, un status après drainage de pneumothorax à droite le 26 avril 2005, suivi d'une thoracoscopie pour hémithorax le 10 mai 2005, reprise le 13 mai 2005 et enfin révisée le 24 mai 2005, ainsi qu'un trouble anxieux et

dépressif mixte (CIM-10 [Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes publiée par l'Organisation mondiale de la santé] F41.2). Les experts n'ont retenu aucune limitation d'un point de vue psychiatrique. Ils ont en revanche constaté que l'assuré était limité dans toute activité impliquant le port de charges de plus de 10 kg et des mouvements répétitifs du membre supérieur droit, principalement au-dessus de l'horizontale. Ils ont relevé des éléments d'autolimitation qu'ils ont expliqués par le fait que l'investigué n'était pas motivé pour reprendre un travail, au vu des nombreuses difficultés qui l'attendaient. En dépit d'un pronostic de reconversion professionnelle pessimiste ("vraisemblablement vouée à l'échec"), les experts ont estimé la capacité de travail résiduelle de l'assuré à un taux de 70% dans une activité légère prenant en compte les restrictions décrites, telle par exemple l'activité de chauffeur de minibus précédemment exercée. Dans l'ancienne activité de concierge, ils ont précisé que cette capacité n'était que de 50%. Face aux doutes d'interprétation de l'évaluation des capacités résiduelles du recourant exprimés par le SMR et relayés par l'intimé dans son premier préavis du 27 avril 2009 qui se fondait sur une invalidité de 15%, dans un courrier du 7 septembre 2009, le COMAI a confirmé que bien que l'ancienne activité de chauffeur de minibus doive être considérée comme légère et adaptée aux limitations de l'assuré, la capacité de travail dans cette profession était de 70% horaire, sans diminution de rendement supplémentaire.

4.1.2 Dans ses contestations (observations du 7 janvier 2010, puis recours du 18 février 2010) visant la nouvelle évaluation de son invalidité fixée à 37%, l'assuré a fait valoir une détérioration de son état en produisant des pièces médicales résultant d'examens pulmonaires, auditifs, ophtalmologiques et neurologiques (antérieures à l'expertise du COMAI et figurant déjà au dossier AI), ainsi qu'un rapport de contrôle radiologique pulmonaire du 4 janvier 2010 niant tout changement post-opératif visible du thorax, mais décrivant certaines particularités à contrôler à nouveau après quatre mois. Le recourant a aussi mentionné suivre désormais un traitement psychiatrique. Les deux rapports du psychiatre traitant des 10 mai 2010 et 21 janvier 2011 font état d'un traitement commencé le 4 décembre 2009 sur des plaintes de tristesse, fatigue, douleurs

thoraciques, difficultés respiratoires, troubles de la concentration et de la mémoire. Le psychiatre traitant constate objectivement un ralentissement psychomoteur, des pleurs fréquents et un trouble de l'ouïe et diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndromatique (CIM F33.11; recte: avec syndrome somatique). Il ne se prononce pas précisément sur la capacité de travail, son patient étant sans activité professionnelle depuis longtemps, mais estime que seules des activités occupationnelles sont envisageables.

4.1.3 Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 9 février 2012 (les examens s'étant déroulés le 16 novembre 2011), l'expert désigné par l'Office AI n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un état dépressif majeur de gravité légère, éventuellement une dysthymie, une personnalité passive et anxieuse limite. L'expert relève le caractère émotif et sensible de l'assuré, mais nie tout ralentissement psychomoteur, anhédonie, aboulie ou retrait social au sens dépressif. Il constate un sommeil amélioré et un appétit normal grâce à l'acupuncture, le patient ayant interrompu les antalgiques depuis l'automne 2010. Il évoque donc une bonne évolution sous traitement médical bien conduit, les plaintes somatiques n'étant plus au-devant du tableau clinique. L'expert note aussi que vu les perspectives très incertaines de retrouver une activité professionnelle - par ailleurs peu qualifiée et valorisante - le statut de malade semble offrir de nombreuses solutions à des problèmes de réalité. S'agissant de l'évolution dans le temps de l'affection, l'expert relève la difficulté de reconstituer rétrospectivement une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Les différents éléments du dossier ne lui suggèrent pas de grandes modifications avant la prise en charge psychiatrique en avril 2009 faisant suite à une décision de refus de l'AI. Selon l'expert, la capacité de travail médico-théorique entière vaut à la date de l'examen et rien n'indique que l'état psychique se soit grandement modifié dans l'année précédente. L'expert, face à l'évaluation du psychiatre traitant, concède qu'il pourrait, en théorie, admettre, par analogie à un trouble de l'adaptation, une période de six mois justifiant une incapacité de travail, soit de la décision de refus du 27 avril 2009 au 27 octobre 2009 (dos. AI 101/23).

4.1.4 Sur la base de cette nouvelle expertise, l'intimé a maintenu son évaluation de l'invalidité fixée à un taux de 37%, mais a encore complété son dossier face aux observations de l'assuré. Dans un rapport non daté parvenu à l'Office AI le 10 septembre 2012, le généraliste traitant ayant suivi le recourant de janvier 2008 à mai 2012 a communiqué un diagnostic de dépression psychique, diminution de l'ouïe et acouphène bilatéral, BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), douleurs chroniques thoraciques, douleurs somatoformes et hypomotricité du membre supérieur droit ayant des effets sur la capacité de travail. Sans effet sur cette dernière, il a mentionné des migraines. Ce médecin constate une péjoration progressive de la symptomatologie. Il rappelle que l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2003 et qu'il sera à la retraite dans moins de trois ans. Selon lui, la dernière activité n'est plus exigible et on ne peut plus s'attendre à la reprise de l'activité ou une amélioration de la capacité de travail. Dans l'annexe au rapport relative aux travaux pouvant encore être exigés de l'assuré, ce généraliste exclut tous les genres d'activités sauf celles exercées uniquement en position assise, celles exercées dans différentes positions (possibles à 50%) et monter les escaliers. Il fixe une limite de poids à 10 kg et précise que ces indications valent depuis 2005.

La généraliste suivant l'assuré depuis le 21 mai 2012 quant à elle, dans un rapport du 8 octobre 2012, ne pose que des diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail: instabilité émotionnelle (pleurs incontrôlables faisant obstacle à tout contact social), hémisyndrome droit, hypoacousie, emphysème bulleux et status post-pneumothorax droit avec douleurs dans la cicatrice. Pour elle, l'assuré ne retrouvera définitivement pas de capacité de travail ni intellectuelle, ni corporelle à cause de sa polymorbidité. S'agissant des handicaps neurologiques qu'elle soupçonnait également, deux rapports des 17 septembre et 6 décembre 2012 de la neurologue consultée, après investigations supplémentaires ayant dû être réorganisées sous sédation en raison d'une peur panique de l'examen par IRM, aboutissent à une confirmation d'un hémisyndrome droit léger inexplicable, avec émotivité, permettant une bonne utilisation des bras et jambes malgré des signes de faiblesse à droite en progression.

4.2

4.2.1 L'expertise médicale pluridisciplinaire du COMAI et l'expertise psychiatrique monodisciplinaire s'appuient toutes deux sur le résultat d'examens spécialisés complets de l'assuré. Elles restituent les anamnèses (essentiellement personnelle et médicale) disponibles, les plaintes subjectives de l'assuré et les autres documents figurant au dossier de la cause. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont été ensuite intégrées dans l'évaluation finale de la capacité de travail, formulée de façon interdisciplinaire pour ce qui est de l'expertise du COMAI. En ce sens, ces expertises répondent aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.4 supra). L'estimation plus optimiste que celle du COMAI de la capacité de travail du recourant par le SMR concernait les activités respectant le profil d'exigibilité décrit par les experts, en particulier, les professions intellectuelles. Après les précisions apportées par le COMAI s'agissant des activités essentiellement corporelles légères (telle celle de chauffeur), l'appréciation du SMR ne pourrait plus guère s'appliquer qu'aux emplois purement intellectuels. Malgré le niveau linguistique et l'intelligence du recourant, relevés par les experts (dos. AI 28/16, 25, 36 et 37, 101/ 14 et 15) et les tâches éducatives qu'il a assumées pour ses quatre enfants (dos. AI 42/1), l'exercice d'une profession purement intellectuelle, par exemple dans l'enseignement ou la traduction (qui nécessiterait l'organisation d'importantes mesures de réadaptation) s'avère illusoire au vu des circonstances et des caractéristiques de la personnalité du recourant qui ne lui ont pas permis de reprendre pied dans de tels domaines depuis son arrivée en Suisse, voire déjà dans son pays. Les salaires soumis à cotisations perçus en 1991 pour des prestations de traducteur auprès des autorités fédérales ne suffisent pas pour prétendre le contraire (dos. AI 6/4). La thèse d'une réadaptation dans un emploi intellectuel n'est d'ailleurs plus soutenue non plus par l'intimé. Quant aux avis médicaux antérieurs aux expertises arrivant à une estimation plus pessimiste de la symptomatologie ou de la capacité de travail (par ex. rapport neurologique du 13 octobre 2005 diagnostiquant un léger syndrome de Parkinson ou rapports du psychiatre traitant des 18 février et 10 mai 2010 mentionnant un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec

syndrome somatique et une capacité restreinte à des activités occupationnelles), les divers experts, chacun dans leur domaine de spécialisation, les discutent et expliquent de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils s'en distancient.

4.2.2 Il convient donc d'accepter le caractère probant des deux expertises et de se fonder sur leurs résultats. Une réserve est toutefois de mise: l'incapacité de travail psychique théorique de six mois admise de façon rétroactive par l'expert psychiatre, étayée et cohérente en soi, repose sur l'idée, erronée, que la prise en charge psychiatrique a eu lieu tout de suite après le préavis du 27 avril 2009, alors qu'elle n'a été organisée qu'après le deuxième préavis du 19 novembre 2009, confirmant l'annonce d'un refus de rente en dépit de l'acceptation d'une partie de l'argumentation de l'assuré. En outre, il faut relever que l'ampleur de l'incapacité de travail n'est pas chiffrée.

Il en résulte, du point de vue interdisciplinaire, au moment des examens pratiqués fin avril 2007, une capacité de travail de 70% dans une activité corporelle légère adaptée, telle celle de chauffeur de minibus exercée précédemment. Par ailleurs les experts du COMAI ont confirmé que l'incapacité de travail, uniquement somatique (absence d'incapacité psychique), avait évolué comme suit: 100% dès le 14 novembre 2004 (jour de l'accident), 50% dès le 1^{er} mars 2005 et à nouveau 100% dès le 26 avril 2005 (pneumothorax). En réalité, le dossier atteste déjà une incapacité de travail avant l'accident, dès le 2 novembre 2004 pour maladie (dont on ignore la nature; voir c. A). Quant à la récupération de la capacité de 70% constatée au COMAI après les complications du pneumothorax, faute d'indication des experts concernés, il y a lieu de se fonder, à ce sujet, sur l'avis du 4 mars 2009 de la généraliste du SMR qui la fixe au 30 août 2005, date d'un examen auprès du médecin d'arrondissement de la SUVA. Au vu des plaintes exprimées face à ce médecin (cervicalgies irradiantes, céphalées, troubles de la mémoire, baisse auditive tant à gauche, avec acouphène, qu'à droite, vision floue [en réalité: problème de lunettes, dos. AI 17/6], fatigabilité et irritabilité accrues, cauchemars [accident et opération pulmonaire] et baisse de moral; dos. AI 17/18), il paraît tout à fait sensé d'estimer qu'à cette date au plus tard, le recourant avait surmonté,

dans la mesure admise par les médecins du COMAI, tant les suites de l'accident que celles, post-opératoires, de la dernière thoracotomie de révision subie le 24 mai 2005 (sortie de l'hôpital le 17 juin 2005; dos. AI 17/32). Les plaintes relevées par le médecin de la SUVA, quand bien même les suites de l'affection pulmonaire n'étaient pas couvertes par l'assurance-accidents, se recourent en effet avec celles rapportées dans l'expertise du COMAI.

Du seul point de vue psychiatrique, l'expertise monodisciplinaire permet de confirmer l'absence d'incapacité de travail sur ce plan le 16 novembre 2011, date de l'examen pratiqué par l'expert et ce, depuis en tout cas un an (novembre 2010), de même que pour la période antérieure à un avis de refus de rente, situé par l'expert à avril 2009, mais qui pourrait aussi être celui du 19 novembre 2009, ayant motivé une prise en charge psychiatrique. Dans ce contexte, l'expert a admis une incapacité de travail théorique de six mois, résorbée par un traitement bien mené (échéance des six mois après décision négative ayant motivé le traitement: mai 2010).

5.

5.1 Sur la base de l'évaluation de la capacité de travail du COMAI (70% de capacité de travail dans une activité adaptée telle l'ancien emploi de chauffeur de minibus, sans perte de rendement supplémentaire), on peut, à l'instar de l'intimé, procéder à un calcul de l'invalidité en comparant deux revenus statistiques identiques, à 100% pour le revenu d'assuré valide et à 70% pour le revenu avec invalidité. Puisque l'ancienne activité de chauffeur a été jugée adaptée – et exigible (art. 7 al. 1 LAI et 6 LPGA; obligation pour l'assuré de diminuer le dommage et primauté de la réadaptation personnelle; ATF 113 V 22 c. 4a; VSI 2001 p. 274 c. 5a/aa; RAMA 1987 p. 377), il ne se justifie pas d'appliquer un taux correspondant à la moyenne des incapacités de travail dans les emplois de chauffeur et concierge comme le soutenait le recourant dans ses observations du 2 juin 2009. S'agissant de l'abattement de 10% supplémentaire concédé par l'Office AI (en sachant qu'un tel abattement ne peut dépasser 25%), rien ne permet au Tribunal d'intervenir pour corriger l'appréciation opérée par

l'administration. La mesure de la réduction tient compte de l'ensemble des circonstances (limitations liées au handicap, âge, années de service, intégration et taux d'occupation; ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1). Il en résulte donc un taux de 37%.

5.2 La demande de prestation a été déposée le 4 janvier 2006. A ce sujet, le fait que le recourant n'y avait requis qu'un reclassement - et qu'il n'a demandé une rente que par un autre formulaire déposé le 4 novembre 2010 - n'a pas d'incidence. Les droits à une rente et à une réadaptation, notamment professionnelle, sont très liés au vu du principe de priorité de la réadaptation sur la rente (ATF 126 V 241). La première demande de prestations a donc sauvé ici l'ensemble des droits qui, selon la bonne foi, peuvent être considérés comme étant en relation avec la survenance de l'événement annoncé (ATF 121 V 195 c. 2; SVR 2013 AHV n° 12 c. 3.2).

La demande du 4 janvier 2006, selon le droit de l'époque (ancien art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'à fin 2007; RO 2002 3408-3409), couvrait un hypothétique droit à une rente pouvant naître, en l'occurrence, au plus tôt à l'échéance du délai d'attente d'un an (anc. art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'à fin 2007; RO 2002 3406; actuellement: art. 28 al. 1 let. b LAI), à savoir en novembre 2005 (incapacité de travail de plus de 40% reconnue à l'assuré dès le 2 novembre 2004). Toutefois, à ce moment, le recourant avait déjà recouvré, depuis au plus tard le 30 août 2005, la capacité de travail qui lui est reconnue dans l'expertise bi-disciplinaire (c. 4.2.2).

Il en découle qu'à tout le moins jusqu'à fin avril 2007 (date des examens au COMAI), l'invalidité du recourant, d'un taux de 37%, inférieur au seuil de 40%, ne lui ouvrait aucun droit à une rente.

5.3 Il reste à déterminer si on doit admettre une détérioration de l'état du recourant après fin avril 2007, déterminante pour le droit à la rente.

5.3.1 Sous l'aspect purement psychique, il est vrai qu'on peut exclure toute incapacité de travail à tout le moins jusqu'au 27 avril 2009 et à nouveau depuis le 19 mai 2010 (après 6 mois de traitement psychiatrique), selon les conclusions du deuxième expert psychiatre (qui a effectué son examen à mi-novembre 2011).

La réserve des six mois d'incapacité, non chiffrée, du 27 avril au 27 octobre 2009 (qui pourrait aussi s'étendre du 19 novembre 2009 au 19 mai 2010, ou couvrir toute la période du premier refus de rente jusqu'à l'échéance des six mois après la décision négative à l'origine du traitement) émise par l'expert psychiatre est de nature à faire naître un droit à une rente. En effet, à l'époque, une incapacité de travail de 30% est reconnue au recourant et la moyenne de 40% du délai d'attente tient compte d'une incapacité de travail à partir de 20% selon la jurisprudence (VSI 1998 p. 126 c. 3c). Si l'incapacité de travail en question dépasse les 40%, la moyenne annuelle minimale peut arriver à échéance et, si une invalidité d'au moins 40% existe aussi à cette date, donner droit à une rente. Ainsi une échéance du délai de carence pourrait déjà avoir eu lieu après deux mois d'incapacité de travail à 100% (pour la coordination entre la moyenne d'incapacité de travail à l'issue du délai de carence et l'éventuel degré d'invalidité: voir ancien [anc.] art. 29 al. 1 let. b LAI [RO 2002 3406], actuellement: art. 28 al. 1 LAI; ATF 121 V 264 c. 6; arrêt TF 9C_900/2013 du 8 avril 2014 c. 6.1; pour les règles applicables en cas d'octroi de rente échelonnée avec effet rétroactif: voir art. 17 LPGA et 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201; dans ses teneurs applicables en 2009-2010 {RO 1976 2650 et RO 2004 745} et actuelle]; ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2d p. 417 et arrêt TF 9C_900/2013 du 8 avril 2014 c. 6.2). Dans ce contexte, se pose en outre aussi la question du caractère invalidant d'une incapacité de travail causée par un trouble dépressif, de durée limitée, réactif à une décision négative de l'AI, ce d'autant plus que le taux de l'incapacité n'a pas du tout été fixé par l'expert, ni ses éventuelles imbrications avec l'incapacité de travail physique de 30% déjà attestée à l'époque.

Pour la période postérieure à mi-novembre 2011 jusqu'à la décision contestée du 4 février 2013, le dossier en l'état ne permet pas (non plus) de se prononcer sur l'existence ou non d'une (nouvelle) détérioration de l'état psychique. La généraliste du SMR le nie, mais les rapports de septembre et octobre 2012 émanant des généralistes traitants successifs mentionnent l'un des douleurs somatoformes (depuis 2006 il est vrai, ce qui est donc contredit par les conclusions des experts psychiatres jusqu'à la date de

leurs examens) et l'autre, une instabilité émotionnelle telle qu'elle participe à une polymorbidité supprimant toute capacité de travail.

5.3.2 Sur le plan somatique, les rapports médicaux postérieurs à l'évaluation de fin avril 2007 ne font certes pas état d'atteintes nouvelles, mais l'intensité objective de ces dernières et l'évolution de l'incapacité de travail qui en découle ne peut être reconstituée en se fondant sur des sources médicales répondant aux critères de la jurisprudence. D'importants indices en faveur d'une stabilité, voire d'une amélioration de l'état somatique, peuvent être déduits des résultats des examens de mi-novembre 2011 de l'expert psychiatre. L'avis d'un psychiatre ne saurait toutefois être seul déterminant s'agissant d'atteintes somatiques. Les derniers rapports médicaux des généralistes traitants, qui rendent compte d'une détérioration progressive et nient toute capacité de travail en posant des diagnostics de troubles somatoformes ou polymorbidité, tiennent compte, en plus des atteintes physiques, non seulement d'affections psychiques, mais aussi de facteurs sociaux qui doivent être exclus de l'appréciation de l'invalidité. Quant à l'appréciation du 21 décembre 2012 de la généraliste du SMR, qui confirme l'absence de modification depuis les résultats des deux expertises, elle ne se fonde que sur une évaluation de la constance de la nature des diagnostics, sans pouvoir, faute notamment d'examen personnel, prendre en compte d'éventuelles péjorations de l'intensité de ces atteintes. Eu égard au temps écoulé depuis la dernière expertise pluridisciplinaire de 2007, la référence du SMR aux tendances à l'exagération et à la revendication décrites par les experts, penchants qui auraient été perfectionnés depuis lors, ne saurait remplacer un bilan actuel de la situation pulmonaire et du syndrome douloureux cervico-scapulaire qui semble s'être étendu au bras, voire à tout le côté droit (bilan qui devrait également analyser si l'appareillage acoustique permet d'exclure toute incapacité de travail provenant des problèmes d'ouïe).

5.3.3 Quelle que soit la force probante des rapports médicaux psychiques et somatiques depuis avril 2007, une évaluation pluridisciplinaire de la capacité de travail est en outre incontournable. Les dernières évaluations confiées à une généraliste du SMR ne remplissent manifestement pas les critères de fiabilité posés à ce sujet par la jurisprudence; on doit aussi

relever que ces évaluations ne se prononcent jamais sur la période d'incapacité de travail de six mois qu'a reconnue le dernier expert psychiatre (c. 4.3.1 et 5.3.1). Il est vrai que l'expert mandaté encore en 2011 n'a pas, à ce stade, fait état de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique incapacitant et que l'accent portait sur la personnalité démonstrative du recourant. Cependant, compte tenu des atteintes concernées (atteinte de type coup du lapin à l'origine, troubles dépressifs et de l'anxiété, personnalité émotive notamment) et des diagnostics posés par les derniers médecins traitants (douleurs somatoforme et polymorbidité), des investigations pluridisciplinaires actualisées s'imposent. Il faut aussi garder à l'esprit qu'une incapacité de travail de 30%, fondant une invalidité de 37%, est déjà reconnue au recourant et que des évaluations particulièrement précises sont nécessaires.

5.3.4 Il en résulte que le dossier en l'état ne permet pas d'évaluer l'évolution de la capacité de travail du recourant après les examens pratiqués par les experts (pluridisciplinaires) du COMAI, le 26 avril 2007. Si un droit à une rente peut être nié jusqu'à fin avril 2007 (en fonction d'un degré d'invalidité de 37%), un tel droit (limité ou non dans le temps) ne peut être exclu avec une vraisemblance prépondérante après cette date. Sous l'angle de l'évaluation de l'invalidité, il faudra en outre se poser la question des possibilités concrètes de placement du recourant, né en 1950, en fonction de ses handicaps, même si une capacité de gain résiduelle doit lui être reconnue (ATF 138 V 457 c. 3.1 et 3.3).

6.

Dans cette situation, la cause doit être renvoyée à l'Office AI Berne afin que celui-ci procède à une instruction complémentaire propre à déterminer l'évolution postérieure du taux d'invalidité du recourant, taux qui doit être fixé au plus tard à l'échéance du délai de carence et jusqu'à fin avril 2007 à un taux de 37%. Dans la mesure où une appréciation anticipée de la capacité résiduelle de gain exploitable du point de vue économique du recourant (né en 1950) ne le mène pas à une autre conclusion, l'Office AI

organisera une évaluation pluridisciplinaire de l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis mai 2007. En possession de ces données, il calculera l'invalidité du recourant et rendra une nouvelle décision. En l'espèce, le renvoi à l'Office AI Berne pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'administration, l'état de santé du recourant n'ayant plus fait l'objet d'investigations pluridisciplinaires depuis 2007. Ce renvoi se justifie d'autant plus qu'il s'agit en l'espèce, en plus, d'apprécier la possibilité d'exploiter la capacité de gain résiduelle du recourant sur un marché du travail équilibré. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu de l'assuré et le priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4); elle aurait en outre pour conséquence de restreindre les investigations à mener à la date de la décision ici contestée.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le recours, qui visait l'actualisation des données médicales et l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire, sans spécifiquement contester les résultats de l'expertise du COMAI de 2007, doit être admis dans sa totalité. La décision du 4 février 2013, dans la mesure où elle nie le droit du recourant à une rente au-delà du 30 avril 2007, doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision portant sur la période courant dès cette date.

7.2 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis, vu l'issue de celle-ci, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais de Fr. 700.- versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

7.3 Le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPG). La note d'honoraires du 21 mai 2013, d'un montant total de Fr. 1'825.20 (honoraires de Fr. 1'600.-, débours de Fr. 90.- et TVA de Fr. 135.20, le temps consacré aux différents démarches n'étant pas précisé), doit être réduite dans la mesure où elle concerne aussi des démarches et débours, sans lien avec la procédure judiciaire,

relatifs à la procédure administrative non contentieuse (ATF 114 V 83 c. 4b, 228 c. 3b). Vu la nature du litige, sans tenir compte de la valeur litigieuse et en prenant en considération la seule activité objectivement justifiée devant la présente instance, les honoraires sont taxés à Fr. 1'431.- (honoraires de Fr. 1'250.-, débours de Fr. 75.- et TVA de Fr. 106.-; voir aussi les art. 41 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates, LA, RSB 168.11, et l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens, ORD, RSB 168.811).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle refuse une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2007. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 700.- versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'431.- (débours et TVA compris) au titre de remboursement de ses dépens pour la procédure judiciaire.

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

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).