

200.2014.595.AI

BOA/BEJ

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

Jugement du 13 février 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et D. Baldin, juges
A.-F. Boillat, 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 9 mai 2014

En fait:

A.

A. _____, né en 1956, marié et père de deux enfants (nés en 1981 et 1991), est arrivé en Suisse avec ses parents en 1970. Une demande de prestations AI pour mineurs déposée le 6 décembre 1971 (au motif qu'il s'agissait d'un enfant inadapté ne sachant pas quel apprentissage entreprendre) a été refusée parce que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. Sans formation professionnelle certifiée, il a occupé divers postes de travail (apprentissage interrompu de mécanicien sur voitures, emplois dans ce domaine, comme chauffeur et dans la vente) avant de travailler comme magasinier/aide mécanicien d'entretien au sein d'une entreprise active dans le secteur industriel (moteurs électriques, éléments d'entraînement) jusqu'au 31 janvier 2010, date à laquelle son contrat de travail a été résilié par son employeur.

Alléguant une dégradation de son état de santé (douleurs physiques récurrentes, restrictions sur le plan cognitif) qu'il met essentiellement en relation avec des accidents de moto, survenus pour les principaux en 1976 et 2004, l'assuré a déposé une demande de rente AI à l'Office AI Berne le 2 septembre 2010, qu'il a complétée en répondant à un autre questionnaire le 20 septembre 2010.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du médecin traitant de l'assuré et de son (ancien) employeur. Le Service médical régional (SMR) a également été consulté à plusieurs reprises. Sur la base des rapports du SMR des 7 janvier et 9 juillet 2011, l'Office AI a sollicité l'établissement d'une expertise neuropsychologique puis, d'une autre, psychiatrique (rédigées en mai 2011 et janvier 2012).

L'Office AI a averti l'assuré, par préavis du 29 février 2012, qu'il entendait lui refuser toute rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité, insuffisant de 15%. Suite aux objections formulées par l'assuré, dorénavant représenté en procédure, et après avoir une nouvelle fois sollicité son SMR, l'Office AI a ordonné l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire (sous les angles neurologique, neuropsychologique, rhumatologique, orthopédique, psychiatrique et de la médecine interne, auxquels a encore été adjoint un volet logopédique). Les experts ont rendu leur rapport le 7 octobre 2013. Dans un nouveau préavis daté du 20 décembre 2013, l'Office AI a à nouveau nié le droit de l'assuré à bénéficier d'une rente AI. En dépit des objections formulées par l'assuré, toujours représenté, l'Office AI, par décision du 9 mai 2014, a confirmé son refus d'allouer à l'assuré une rente AI.

C.

Par acte daté du 13 juin 2014, l'assuré, toujours représenté par un avocat, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu principalement à l'annulation de la décision du 9 mai 2014 de l'Office AI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à ce qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, le tout, sous suite de frais et dépens.

Par acte daté du même jour, l'assuré a requis l'assistance judiciaire gratuite. Il a retiré sa demande le 2 juillet 2014.

Dans son mémoire de réponse du 18 août 2014, l'Office AI a conclu au rejet du recours. L'assuré a répliqué le 3 septembre 2014 en produisant un document médical daté du 27 août 2014 émanant de son rhumatologue traitant et l'intimé a dupliqué le 24 septembre 2014. Le mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires le 29 septembre 2014.

En droit:

1.

1.1 La décision du 9 mai 2014 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, quant à lui, porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi, pour l'assuré, d'une rente AI, ou, éventuellement, la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Est particulièrement critiquée par le recourant, la fiabilité des sources médicales (principalement l'expertise pluridisciplinaire du 7 octobre 2013) sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour retenir un degré d'invalidité de 15%.

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 représentée par un mandataire dûment constitué, 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] 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 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). 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).

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 et qui au terme de cette année est invalide (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.

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 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).

2.4 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 Dans sa décision de refus de rente AI du 9 mai 2014, l'intimé a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer, à plein temps et sans perte de rendement, une activité lucrative simple ne sollicitant le corps que légèrement. Pour arriver au degré d'invalidité retenu (15%), l'Office AI s'est fondé sur le rapport d'expertise du 7 octobre 2013 rédigé par un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; en l'espèce: COMAI CEMed à C._____).

3.2 Le recourant, quant à lui, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 2 mars 2011. Il conteste la valeur probante du rapport d'expertise sur lequel l'intimé s'est principalement fondé pour conclure qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il argue que ses difficultés motrices et l'effet invalidant des troubles cognitifs dont il souffre (attestés médicalement selon lui) n'ont pas été suffisamment pris en considération. Le recourant considère de plus que le profil d'exigibilité retenu par l'intimé est illusoire. Se ralliant aux conclusions de son rhumatologue traitant, il considère qu'il est à même de travailler à 60% (au plus) en atelier protégé, tout en ayant la possibilité d'effectuer de longues pauses.

4.

Les documents médicaux suivants renseignent principalement sur l'état de santé du recourant:

4.1 Des trois accidents de motos principaux, dont l'assuré prétend avoir été victime, les lésions suivantes ont été diagnostiquées: en septembre 1976, l'assuré a subi diverses fractures (fracture du fémur et de l'humérus gauches avec parésie radiale complète et une fracture vertébrale lombaire) et une contusion des reins. Des embolies graisseuses avec manifestations cérébrales et pulmonaires ont également été signalées (dossier [dos.] AI 13.12/6 et 8). Un traumatisme cranio-cérébral a aussi été évoqué par les parents du recourant dans une attestation du 26 janvier 2006 (dos. AI 14.13/1, 43/2 et 101.1/34). Une bonne récupération d'une rapidité étonnante a été attestée par le médecin traitant de l'époque, ce que confirme le fait que le recourant a obtenu ses permis de conduire (voiture, moto, poids lourd et car) en 1977 (dos. AI 101.1/20). Les documents médicaux en relation avec le deuxième accident de moto (avril 1981) ont révélé une contusion de l'épaule gauche, sans fracture. En novembre 1983, une fracture bien consolidée de la cheville gauche est constatée (dos. AI 101.1/12). L'accident de moto survenu en juillet 2004, lors d'un séjour à l'étranger (dont le déroulement n'est documenté que par les déclarations du recourant; dos. AI 101.1/20), a généré chez le recourant un traumatisme du genou droit, un œdème de la moelle osseuse post-traumatique, une contusion osseuse de la partie antérieure de la tête fémorale, sans déplacement. Un important épanchement a été constaté, mais les surfaces articulaires n'ont pas été touchées (dos. AI 14.19/14).

4.2 L'IRM pratiquée le 29 septembre 2004 en raison d'altération de la mémoire, d'agitation et de troubles de la concentration invoqués par l'assuré depuis son dernier accident de moto n'a révélé aucun changement notable avec celle pratiquée en 1998 et est qualifiée de normale. Elle met toutefois en évidence des anomalies bilatérales, considérées par le corps médical comme des micro-angiopathies.

4.3 L'examen neuropsychologique pratiqué le 31 août 2005 (rapport du 13 septembre 2005), sans arrêter de diagnostic, a mis en exergue des

altérations cognitives. Des difficultés mnésiques verbales importantes sont mises en évidence, des troubles de l'écriture et une diminution des capacités d'attention et de la flexibilité cognitive. L'existence d'un trouble psychique est toutefois écartée. Les médecins spécialistes considèrent que le tableau cognitif est compatible avec celui d'une lésion cérébrale organique. Le diagnostic de développement démentiel dans le sens d'une démence sémantique ou d'une aphasie progressive est envisagé. L'examen neuropsychologique de contrôle pratiqué par les mêmes médecins le 25 octobre 2006 (rapport du 7 novembre 2006) arrive à des résultats comparables si ce n'est qu'il fait part d'une détérioration touchant les domaines du langage et de la mémoire verbale.

4.4 Le neurologue traitant ayant examiné l'assuré en octobre 2009 (rapport du 16 octobre 2009) et consulté en raison de faiblesse subjective dans la jambe droite a relevé les douleurs diffuses éprouvées par le recourant dans les jambes et des difficultés, pour ce dernier, à se déplacer, sans pouvoir relier ces troubles douloureux à un canal lombo-sacrée étroit. Sur la base d'un examen neurologique qu'il considère comme normal, il a relevé qu'il n'existait aucun élément pour suspecter une polyneuropathie, une myopathie ou une encéphalopathie. Selon ce spécialiste, une dépression légère pourrait toutefois exister. Le même neurologue ayant examiné à nouveau le patient en novembre 2009 (rapport du 10 décembre 2009) n'a relevé aucun élément nouveau si ce n'est une légère péjoration du tableau clinique, avec notamment une diminution du rythme de travail. Il considère que la capacité de travail du recourant est altérée. Au vu de la stabilité des résultats neuropsychologiques ainsi que des résultats aux différentes IRM cérébrales (depuis 2004), il écarte toutefois l'hypothèse d'une problématique dégénérative telle une aphasie progressive (dos. AI 25.2/4).

4.5 Le bilan angiologique consigné dans un rapport du 27 août 2010 n'a révélé aucune anomalie notable et les douleurs ressenties à la cuisse gauche survenant après avoir été assis de manière prolongée, ou lors d'un redressement rapide, sont considérées comme étant médicalement atypiques pour que l'on puisse envisager d'éventuelles restrictions artérielles de sorte que le spécialiste exclut toute anomalie vasculaire.

4.6 Les médecins neurologues de la clinique où le recourant a séjourné du 12 au 23 octobre 2010 ont retenu un déficit neuropsychologique d'origine inconnue, des douleurs chroniques dans les cuisses et les bras, un status après un polytraumatisme en 1976 et des troubles dégénératifs multisegmentaires de la colonne. Les spécialistes, sans se prononcer sur la capacité de travail du recourant, considèrent que celle-ci est altérée (rapport du 11 novembre 2010).

4.7 L'expertise réalisée par un psychologue et neuropsychologue FSP (rapport du 2 mai 2011 précisé les 3 et 24 juin 2011 suite à des remarques du généraliste traitant) retient comme pathologies ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, une suspicion d'une dégénérescence cérébrale (G31.8 selon la classification statistique internationale des maladies et des troubles de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et un status après une embolie graisseuse cérébrale après l'accident de moto survenu en 1976. L'expert a mis en évidence des troubles cognitifs chez le recourant. Il a constaté un déficit important au niveau de l'écriture (recours à une écriture phonétique, écriture majuscule et minuscule non maîtrisée) et marqué dans les opérations mathématiques, de même que des restrictions dans la lecture. Il a constaté une mémoire verbale légèrement diminuée et des troubles de l'attention (dos. AI 43/12). Il a noté aussi la lenteur avec laquelle l'assuré s'exécute. L'expert considère que ses observations sont en adéquation avec les conclusions des examens préalables (en 2005, 2006 et 2009). Selon lui, une symptomatique dépressive n'est pas exclue. D'un point de vue somatique, il a relevé une motricité fine très altérée à la main gauche (il qualifie la main droite de dans la norme ["*normgemäss*"]). Il relève les douleurs éprouvées par l'assuré au niveau du dos, des épaules, de la tête, des jambes, dans le bras gauche et dans les deux jambes. En raison des troubles cognitifs constatés (particulièrement de l'écriture), l'expert considère que l'assuré n'est plus à même de travailler dans sa dernière activité de magasinier. Du fait de ses restrictions somatiques, l'expert a retenu que les activités exercées par le passé par l'assuré (notamment mécanicien sur voitures) n'était plus exigibles non plus.

4.8 L'expertise sur le plan psychiatrique rédigée le 4 janvier 2012 relève comme diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, un trouble cognitif léger sans relation avec une maladie systémique existant depuis sept ans au moins (F06.70 CIM-10). Sans répercussion sur la capacité de travail, il est mentionné un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 CIM-10). En se prononçant exclusivement sous l'angle psychiatrique, l'expert relève l'existence d'un symptôme anxiodépressif léger qui n'a, selon lui, aucun effet sur la capacité de travail du recourant. Selon ce spécialiste, d'un point de vue psychique, la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité de magasinier est pleinement exigible. L'expert réserve toutefois une capacité de travail divergente sur les plans somatique et cognitif, qu'il n'est, selon lui et en raison de son domaine de spécialisation (psychiatrie), pas à même d'évaluer.

4.9 Dans son rapport du 2 avril 2012, le rhumatologue traitant de l'assuré a diagnostiqué un syndrome douloureux généralisé existant depuis huit ans au moins. Ce spécialiste, tout en faisant une longue énumération de toutes les lésions post-traumatiques et dégénératives de l'appareil locomoteur dont souffre le recourant, a indiqué que les critères pour parler de fibromyalgie étaient remplis et qu'il existait une problématique biopsychosociale dans le contexte des douleurs éprouvées. Il considère que l'assuré n'est plus à même d'exercer son ancienne activité de magasinier. Il évalue la capacité de travail de ce dernier, en atelier protégé, à hauteur de 60% au maximum, à la condition qu'il lui soit possible d'aménager des pauses.

4.10 Dans leur rapport du 7 octobre 2013, les experts du COMAI ont diagnostiqué, en tant qu'atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail, des rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs, avec ancienne fracture D6, des arthralgies des mains et des douleurs des épaules sur probable tendinopathie de la coiffe. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont mentionné un status après ancienne fracture du fémur et de l'humérus gauches et un status après ancienne contusion du genou droit. Ils ont estimé que le recourant était limité dans toute activité sollicitant en force ou de manière répétitive la colonne vertébrale dans son ensemble, de même que dans les activités répétitives

avec les mains et en élévation des membres supérieurs. Ils ont exclu toute autre restriction, notamment sur les plans de la médecine interne, neurologique, neuropsychologique (y compris logopédique) et psychique. Les experts considèrent que, dans une activité adaptée (alternant les positions et respectant les limitations susmentionnées), l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement.

4.11 Dans un avis médical daté du 29 mai 2014 (pièce justificative [pj] 12 / recours), le généraliste traitant de l'assuré, sans arrêter de diagnostic ni évaluer la capacité de travail de ce dernier, a relevé, chez le recourant, des difficultés à se mouvoir. Sur le plan cognitif, il ne peut expliquer l'origine de la fluctuation des variations constatées (raisonnement tantôt clair et pertinent, tantôt l'assuré est incapable de suivre une conversation). Selon lui, les troubles au niveau du calcul et de la graphie décrits dans les divers examens, ajoutés aux restrictions de l'appareil locomoteur limitent fortement les possibilités d'emploi, même dans des activités simples.

4.12 Le rapport médical du psychiatre traitant de l'assuré, rédigé en juin 2014 (pj 11 / recours), fait notamment état d'un syndrome généralisé avec des limitations fonctionnelles. Ce spécialiste envisage aussi le diagnostic d'autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux (F07.8 CIM-10) et un probable trouble mixte de la personnalité (F61.0 CIM-10). Il estime que le recourant est dans l'incapacité totale de travailler.

4.13 L'avis du rhumatologue traitant de l'assuré, rédigé le 27 août 2014 (pj 26 / recours), réitère les diagnostics énumérés dans son précédent rapport (cf. c. 4.9), mentionnant toutefois en sus, un état dépressif chronique.

5.

D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise du COMAI répond aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.4.). Eu égard à l'ensemble du

dossier médical, force est de constater que le recourant a été examiné par des médecins - tous spécialistes dans leur domaine d'activité - durant trois jours non consécutifs entre le 24 avril et le 16 mai 2013. Il a subi de nombreux examens médicaux spécialisés: sur les plans psychiatrique, neurologique/neuropsychologique, rhumatologique, dans le domaine de la médecine interne et de la chirurgie orthopédique. En sus, il a bénéficié d'un examen logopédique, le 6 juin 2013. Les experts ont rendu leurs conclusions sur la base de la confrontation de ces examens et en se fondant encore sur d'autres données médicales (radiographies, IRM, examens de laboratoires, etc.). Ils ont pris en considération et ont relaté de manière détaillée les plaintes subjectives de l'assuré (not. dos. AI 101.1/17); son anamnèse a été retracée (anamnèse familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et les documents médicaux au dossier de la cause ont été examinés. Les avis des (nombreux) autres praticiens consultés jusqu'alors y sont résumés, démontrant une étude fouillée du dossier. Les conclusions de l'expertise sont bien détaillées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes de la genèse de l'expertise. Les conclusions ont encore fait l'objet d'une discussion finale au sein d'un colloque de synthèse multidisciplinaire; l'expertise a été visée par les experts chargés des examens psychiatrique, neurologique, rhumatologique, neuropsychologique, en médecine interne et en chirurgie orthopédique. Le document final a de plus été soumis en dernière relecture à un médecin expert n'ayant pas examiné l'assuré afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions.

6.

Sur le plan matériel, il convient de relever tout d'abord que le recourant ne conteste pas l'avis des experts sur le plan de la médecine interne (hypertension et hémochromatose non incapacitantes [dos. AI 101.1/35]). Aux experts du COMAI, l'assuré a nié être atteint d'un trouble dépressif ou anxieux (dos. AI 101.1/15 et 17), avis confirmé par les documents médicaux convergents versés au dossier, qui qualifient l'assuré, certes, d'inquiet quant à son avenir et enclin à des ruminations, mais nient

l'existence d'une pathologie psychique invalidante (en octobre 2013, les experts du COMAI considèrent que le recourant ne remplit plus les symptômes [dos. AI 38/42] du trouble anxieux et dépressif mixte diagnostiqué en janvier 2012 et qui avait [alors déjà] été considéré comme non invalidant). Quant à l'avis médical du psychiatre traitant du recourant (cf. 4.12), rédigé postérieurement à la décision contestée et à la demande de l'assuré, en juin 2014, il ne saurait avoir une force probante supérieure à celui de l'experte psychiatre du COMAI: le contexte médical n'est que peu documenté, ledit rapport ne retient aucune conclusion, ne retrace aucune anamnèse, ne renseigne nullement sur d'éventuels traitements médicamenteux prescrits ou la fréquence des rendez-vous planifiés (la perspective de les intensifier au besoin n'y est pas envisagée). Il n'émet de surcroît que des diagnostics hypothétiques.

Le recourant s'oppose toutefois aux conclusions médicales des experts du COMAI concernant ses empêchements cognitifs (c. 7) et physiques (c. 8).

7.

En relation avec les troubles cognitifs du recourant, il convient de relever, tout d'abord (et contrairement à l'avis de l'assuré, cf. recours p. 5) que la situation médicale a été investiguée en suffisance. Le recourant a bénéficié de nombreuses consultations spécialisées depuis août 2005 jusqu'à l'expertise du COMAI, en octobre 2013 (cf. c. 4). Des IRM cérébrales sur lesquelles les médecins consultés (ayant à leur tour examiné l'assuré) ont été effectuées à intervalles réguliers (1998, 2004, 2009, 2013). Celles-ci ont été qualifiées (unanimentement) de normales (en particulier dos. AI 101.1/13, 33 et 34; voir aussi: avis du SMR du 20 septembre 2012 p. 11; les dépôts de gliose médullaire isolés ne se modifient pas; ils sont explicables par d'anciennes micro-angiopathies, voire l'âge ou l'hypertonie artérielle). Sur la base des clichés réalisés et des examens pratiqués sur l'assuré, aucune pathologie n'a pu être retenue par le corps médical, les déficits cognitifs éprouvés par le recourant n'ayant pu être reliés à aucun substrat organique. De nombreuses hypothèses ont pourtant été envisagées par les différents médecins spécialistes consultés. Ainsi, si une

lésion cérébrale organique dégénérative a certes été suspectée en 2005 (cf. c. 4.3), le neurologue traitant de l'assuré l'a exclue en 2009 (c. 4.4), en argumentant de manière convaincante les raisons qui l'ont mené à cette conclusion (stabilité des résultats neuropsychologiques et des IRM cérébrales pratiquées). En 2010, les médecins neurologues de la clinique où l'assuré a séjourné près de deux semaines avaient, quant à eux aussi, signalé un déficit neuropsychologique, mais l'ont qualifié médicalement d'origine inconnue. Les experts du COMAI se sont eux aussi penchés sur diverses hypothèses médicales, y compris celle d'un trouble développemental (vu l'annonce AI de 1971; dos. AI 101.1/36). En raison d'absence d'évolution défavorable sur plusieurs années, exception faite de troubles exécutifs (motricité digitale du membre supérieur droit) légèrement plus marqués au moment de l'expertise (dos. AI 101.1/29) et de l'inexistence de troubles moteurs extrapyramidaux (tels des tremblements), les experts ont exclu toute affection neurodégénérative de type parkinsonien. Ils ont aussi exclu toute relation entre le déficit en écriture chez l'assuré et des troubles moteurs ou des anomalies radiologiques, cas de figure qui aurait permis d'envisager une dégénérescence cortico-basale (dos. AI 101.1/36). Les experts se sont aussi penchés sur l'éventualité (exceptionnelle) d'un trouble progressif de l'écriture, qu'ils ont écartée. La logopédiste consultée dans le contexte de l'expertise du COMAI a elle aussi conclu que les erreurs d'écriture constatées chez l'assuré étaient incompatibles avec un tableau de troubles d'acquisition ou d'un trouble acquis de nature neurologique. Elle a aussi relevé des exagérations relatives à la prétendue perte de langues étrangères (dos. AI 101.1/30 et 32). Enfin, l'avis médical de l'expert en neuropsychologie (du reste pas médecin) daté de mai 2011 (cf. c. 4.7) ne saurait être qualifié de divergent dans la mesure où ce spécialiste n'a fait état, à ce moment-là, que d'une *suspicion* de dégénérescence cérébrale (*Verdacht auf fokale zerebrale Degeneration*, dos. AI 74.1/89), hypothèse qui n'a pu être confirmée par les experts du COMAI, sur la base de l'avis du neurologue traitant de 2009, de nouveaux clichés cérébraux réalisés en octobre 2013 et d'un (nouvel) examen clinique de l'assuré. Au vu des avis médicaux (précités) qu'il convient dès lors de qualifier de concordants, le TA retient que le recourant ne souffre d'aucune pathologie neurodégénérative ou d'un trouble progressif de l'écriture qualifié d'origine neurologique. Partant, et à l'instar

de l'avis des experts du COMAI, la capacité de travail de l'assuré, d'un point de vue cognitif, doit être considérée comme étant pleine et entière, sans perte de rendement.

8.

8.1 Sous l'angle rhumatismal et orthopédique, il est incontesté par les parties que le recourant est atteint d'une pathologie dorsale, laquelle a des effets sur sa capacité de travail (le rhumatologue traitant mentionne en 2012 une spondylodèse lombaire chronique [dos. AI 68/6]; quant aux experts du COMAI, ils retiennent des rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs, avec ancienne fracture D6). Le recourant considère toutefois que les (autres) restrictions physiques dont il souffre ont été insuffisamment prises en considération.

8.2 Sous l'angle de la motricité fine (au niveau des mains), tant l'expert en neurologie du COMAI que la logopédiste consultée dans le contexte de l'expertise du COMAI ont mentionné, dans leurs conclusions respectives, plusieurs incohérences et exagérations chez l'assuré. Ainsi, le neurologue relève une exagération de l'atteinte motrice après avoir procédé à un examen de la force (marqué par un manque de collaboration de l'assuré, dos. AI 101.1/21) et de la coordination, de même qu'une contradiction entre le déficit moteur présenté lors de l'examen clinique et les plaintes de l'assuré (lequel déclare ne plus pouvoir toucher son pouce avec les autres doigts de la main, ou tenir correctement son stylo (dos. AI 101.1/25) et la dextérité observée dans les gestes au quotidien (dos. AI 101.1/36). Une attitude démonstrative a aussi été mise en lumière: alors que l'assuré est capable de monter et descendre de la table d'examen sans difficultés, il demande de l'aide pour s'habiller et se dévêtir. L'expert neurologue du COMAI a aussi relevé les caractères réguliers et nets résultant de l'emploi d'un stylo, alors que l'assuré se plaint précisément de la difficulté à l'utiliser (dos. AI 101.1). La logopédiste a décrit la même attitude incohérente chez le recourant en relevant que ce dernier se déclare incapable de fermer ses mains dans des gestes de praxies, alors qu'il peut les fermer facilement pour écrire (rejoignant par là l'avis du neurologue) ou remonter une

fermeture éclair (dos. AI 101.1/32). Une attitude d'exagération (constante) peut aussi être relevée à la lecture des différents récits du recourant retracés dans les données subjectives de son histoire médicale. Ainsi, ce dernier fait référence à la survenance d'un accident de plongée en 1990, de même qu'il fait allusion (pour la première fois en 2013) à une collision arrière sur l'autoroute survenue en 2012 avec une lésion de type coup du lapin (dos. AI 101.1/15), événements qui ne sont pas documentés médicalement. Il décrit aussi avoir subi un énorme traumatisme lors de l'accident de moto survenu en 2004 (dos. AI 74.1/86), événement auquel il associe les difficultés cognitives éprouvées aujourd'hui, alors que les documents médicaux versés au dossier consécutifs à cet événement ne relèvent aucune lésion neurologique post-traumatique (l'assuré a souffert de diverses fractures et d'une blessure au dos). Dans ces conditions (de constante exagération), la capacité de travail du recourant évaluée par son rhumatologue traitant (60% dans un atelier protégé moyennant l'aménagement de longues pauses) et à laquelle le recourant se rallie (recours p. 9) doit être relativisée. En effet, le TA considère que celle-ci a été établie en fonction des plaintes subjectives du recourant, qui sont d'ailleurs énumérées à l'appui des diagnostics retenus ("*Myofasciale Beschwerden im Bereich der Kniegelenke und der Schulter*", dos. AI 68/6). Il en va de même des attestations des proches, amis, connaissances et physiothérapeute du recourant (pj/recours 17-22). Celles-ci résument les maux démontrés par le recourant ou dont il se plaint et décrivent un certain découragement. Or, selon la pratique (ATF 130 V 396 c. 5.3.2), les plaintes subjectives d'un assuré ne suffisent pas, en soi, à fonder une incapacité de travail (partielle). Il faut que les plaintes se rapportant aux douleurs soient suffisamment explicables par des diagnostics médicaux spécialisés. Dès lors, l'appréciation divergente de la capacité de travail du rhumatologue traitant et les avis de ses proches doivent céder le pas aux constatations médicales des experts du COMAI. Quant aux médecins et thérapeutes qui le soignent, en plus, il faut tenir compte du fait, qu'eu égard à la relation de confiance établie avec leur patient, ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc, 122 V 157 c. 1c). L'argument tendant à étayer la véracité des souffrances ressenties par le temps qu'a attendu le recourant avant de déposer sa demande AI ne remet pas non plus en doute les constats d'exagération et d'incohérence des

experts. Le fait que le recourant n'ait pas requis de prestations tant qu'il occupait encore son dernier emploi, en surmontant jusque-là ses douleurs, n'exclut nullement que, consciemment ou pas (cf. c. 9 infra), il ait tendance à s'y fixer et à les accentuer par la suite, sans que cela puisse être expliqué par une atteinte invalidante. Par conséquent, le TA se rallie aux conclusions des experts du COMAI, lesquels (en dépit des constats d'exagération observés) ont tenu compte de restrictions au niveau de la colonne vertébrale, des mains et des membres supérieurs. Les experts ont, de plus, décrit de manière détaillée les positions/mouvements proscrits (au niveau de la colonne vertébrale: limitations au niveau de la marche, en station debout ou assise de longue durée, restrictions dans le port de charges et travaux lourds; au niveau des mains: activités répétées; au niveau des membres supérieurs: activités répétées en élévation), tout en précisant que le recourant devait alterner les positions.

9.

Le rhumatologue traitant du recourant, en 2012 (avis réitéré en 2014, cf. ch. 4.9 et 4.13), a également énoncé le diagnostic de fibromyalgie, alors que les experts du COMAI (dos. AI 101.1/24) l'ont nié en octobre 2013.

9.1 Aux termes de la jurisprudence relative à l'évaluation du caractère invalidant des syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (notion comprenant la fibromyalgie et aussi le syndrome de fatigue chronique, ATF 137 V 64 c. 4.2), un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu est indispensable (ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Quand bien même il existe une présomption déniait tout caractère invalidant à ces syndromes, des avis psychiatriques satisfaisant les conditions posées par la jurisprudence sont nécessaires pour vérifier que les critères permettant exceptionnellement de renverser la présomption ne sont pas réunis (voir à ce sujet: ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3).

9.2 En l'espèce, aucune comorbidité psychiatrique importante (ou un état psychique cristallisé) attestée par un médecin psychiatre ne peut être

retenue (cf. c. 6). Parmi les autres critères consacrés par la jurisprudence, en réalité, seul celui fondé sur un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable pourrait être considéré comme réalisé ici, du fait notamment des nombreuses (sur)investigations médicales dont l'assuré a été l'objet. Certes, l'on ne peut nier l'existence d'affections corporelles devenues chroniques et d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (cf. c. 8). Il ressort des résultats d'examen sur lesquels se sont fondés les experts que les syndromes objectifs doivent toutefois être largement relativisés. Les experts ont en effet mis en évidence de façon convaincante que de nombreux signes montraient que l'amplitude des douleurs et handicaps décrits ne reposait pas sur un substrat objectif (cf. 8.2). Rien au dossier ne permet en outre d'étayer une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (voir description des activités quotidiennes: not. dos. AI 101.18 et 20). La suspicion de troubles psychiques (de surcroît non retenus en l'espèce), diagnostiqués de plus postérieurement (en juin 2014, cf. c. 4.12) à la décision contestée et mis en exergue par le psychiatre traitant de l'assuré ne correspond pas à un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. On ne peut dès lors parler d'un échec total de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (SVR 2011 IV n° 26 c. 3.2.1). Ainsi, même si le diagnostic médical de fibromyalgie avait été retenu, il en aurait résulté, au vu de ce qui précède, que les critères susceptibles d'être déterminants ne se manifestent pas ni n'imprègnent les constatations médicales d'une façon si décisive qu'il faille en déduire qu'un effort de volonté de la part du recourant pour élever son taux d'activité n'est pas exigible. Ce constat (dont le rhumatologue traitant est du reste lui-même conscient: pj 26/recours p. 3) s'impose d'autant plus que certains traits d'exagération (voire une simulation; dos. AI 101.1/39 let. B) des maux ont été relevés et étayés dans l'expertise (ATF 131 V 49 c. 1.2). Cette exclusion du caractère invalidant des éventuels syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires dont souffre le recourant vaut aussi pour les troubles cognitifs dont il se plaint et qui ne peuvent être expliqués par une origine neurologique (cf. c. 7).

10.

Au vu de ce qui précède, aucun élément ne vient mettre en doute le caractère fiable, encore actuel à la date déterminante de la décision contestée (ATF 130 V 138 c. 2.1), de l'expertise d'octobre 2013. Rien ne justifie dès lors de s'écarter des conclusions de cette dernière qui revêt une force probante entière, tant sur le plan médical que celui, juridique, de l'appréciation du caractère invalidant des affections retenues. Le Tribunal se rallie donc aux conclusions des experts, approuvées par le SMR (dos. AI 115/2-3), et retient que l'assuré dispose, sans modification depuis 2010 (perte de l'emploi de magasinier) d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. c. 8), sans perte de rendement. Toute nouvelle mesure d'instruction est superflue et la réquisition de preuve tendant à l'organisation d'une expertise judiciaire doit être rejetée.

11.

Il reste à évaluer le taux d'invalidité.

11.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222).

11.2 Le recourant ayant déposé sa demande de prestations AI le 2 septembre 2010, un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir du 1^{er} mars 2011 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Une incapacité de travail de 40% au moins est attestée à l'assuré, sans interruption notable, à partir du 31 août 2010 (par ex.: dos. AI 21/4, 118/174, 101.1/40). Le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était donc échu qu'au 1^{er} septembre 2011 et c'est donc dès ce mois qu'un

droit à une rente pourrait naître. L'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est donc 2011.

11.3

11.3.1 L'Office AI s'est fondé, pour évaluer le degré d'invalidité du recourant, tant pour le revenu sans invalidité que celui avec handicap, sur la valeur "total" statistique des salaires servis aux hommes, dans des activités simples et répétitives, selon les chiffres relatifs à 2010, indexés à 2011, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Pour le revenu avec handicap, l'intimé a procédé à un abattement de 15%, taux qui correspond finalement à celui de l'invalidité retenue. Le recourant, quant à lui, n'a pas contesté les bases de calcul sur lesquelles l'Office AI s'est fondé.

11.3.2 La reprise d'une activité adaptée étant, dans son principe, exigible de la part du recourant, il convient encore d'examiner si la mise à profit de la capacité de travail résiduelle qui lui est attestée est de nature à lui occasionner une perte de gain lui ouvrant le droit à une rente AI.

L'assuré a perdu sa dernière place de travail pour des raisons économiques (dos. AI 74.1/76). Pour évaluer le revenu hypothétique d'assuré valide, il serait par conséquent incorrect de se fonder sur le dernier salaire réalisé - qui n'aurait de toute façon pas pu être conservé selon une vraisemblance prépondérante, même si l'assuré était resté en bonne santé (ATF 139 V 28 c. 3.3.2; TF 9C_740/2013 du 13.03.14 c. 4.2). Le recourant ne dispose pas de formation certifiée et a travaillé dans divers domaines d'activités au sein des entreprises qui l'ont employé depuis le début de son apprentissage. Dès lors, le fait que l'intimé ait choisi la valeur statistique "total", pour le revenu d'assuré valide, et non une donnée spécialisée relative à la mécanique ou à la réparation automobile, se justifie pleinement. Au demeurant, le salaire statistique dans le commerce et la réparation d'automobiles (ESS 2010, TA 1 [45-47], niveau 4, hommes) est inférieur à la valeur "total" (même en tenant compte des horaires hebdomadaires plus chargés que la moyenne dans la branche automobile, les statistiques se fondant sur un standard de 40 heures par semaine) et

défavoriserait le recourant dans la comparaison s'il servait de base au revenu hypothétique sans invalidité.

Quant au revenu avec handicap, il doit également se fonder sur la valeur "total" de l'ESS, étant donné que l'assuré n'a plus repris d'activité lucrative exigible et que l'expertise probante du COMAI se réfère à une activité adaptée (ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1, 2002 UV n° 15 c. 3c/cc).

Il en résulte que c'est à juste titre que l'intimé a procédé à une comparaison de deux revenus statistiques moyens évalués sur des bases identiques. Dans une telle hypothèse, l'opération peut se réduire à une comparaison en pourcents (ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b). Puisque la donnée statistique à la base des deux revenus à comparer est la même et qu'au cas particulier les experts attestent une capacité de travail et un rendement intacts dans l'activité adaptée, le taux d'invalidité équivaut en l'espèce à celui de l'abattement. Eu égard à cette particularité, il importe donc peu que l'Office AI ne détaille pas les tables statistiques et les valeurs (d'indexation et d'adaptation des statistiques fondées sur un horaire de 40 heures par semaine à l'horaire usuel) choisies pour arriver aux chiffres qu'il cite dans sa décision (ces tables sont accessibles à partir de la page internet de l'OFS www.bfs.admin.ch). L'abattement quant à lui découle de la jurisprudence qui tient compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). Par rapport au taux maximal possible de 25%, le TA n'a pas de raison de corriger l'appréciation de l'intimé qui a fixé l'abattement à 15% (sur la pratique en la matière, voir: ATF 135 V 297 c. 2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1). Certes, le recourant a dépassé la cinquantaine, ne peut plus exercer d'activité lourde sollicitant de manière importante le dos, les épaules et les mains. Il faut toutefois prendre en compte le fait que les diagnostics dont le recourant est atteint ne sont pas particulièrement graves et invalidants et qu'il ne connaît pas de problèmes d'intégration linguistique ou culturelle.

En conclusion, le TA ne saurait intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'administration au cas d'espèce et ne peut donc que se rallier à la comparaison de revenus effectuée par l'intimé, qui correspond à l'état de fait et de droit. Il en résulte un degré d'invalidité de 15%.

11.3.3 A toutes fins utiles, on peut constater que même la prise en compte de l'abattement maximal de 25% (qui ne se justifierait en aucun cas au vu de la nature des atteintes, des conditions sociales et du parcours professionnel du recourant), qui impliquerait une invalidité du même taux de 25%, serait insuffisante pour ouvrir un droit à une rente.

12.

Au vu de ce qui précède, le refus de l'intimé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant n'est pas critiquable et le recours doit, partant, être rejeté.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 700.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou à une indemnité de partie (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et sont compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

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).