

200.2015.1118.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 16 février 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 17 novembre 2015



En fait:

A.

A. _____, né en 1951, ne disposant d'aucune formation professionnelle certifiée, a été engagé dès le 1^{er} août 1977 comme chauffeur poids lourds (PL). Son employeur l'a licencié pour fin janvier 2003, puis réengagé du 1^{er} juillet 2007 au 28 février 2010. Il a perçu des indemnités de l'assurance-accidents (AA) en lien avec un accident de travail du 14 avril 2009 lui ayant occasionné une contusion à l'épaule gauche et un hématome au niveau de la cuisse droite excisé le 15 janvier 2010. Du 17 mars 2010 au 31 août 2011, il a été mis au bénéfice des prestations de l'assurance-chômage (AC) et a retravaillé, en gain intermédiaire, dans sa profession de chauffeur PL (auprès de l'entreprise ayant succédé à celle de son ancien employeur). L'intéressé a également requis l'aide sociale (pour tout ce qui précède: dossier AI [dos. AI] 77/5 ch. 5.4; 119/4 ch. 4.4).

B.

Annoncé à l'assurance-invalidité (AI) en juin 2003 pour une atteinte datant de 1995 à la colonne cervicale, des apnées, des problèmes aux mains (tunnels carpiens droit et gauche opérés les 13 février et 17 mars 2003), une dépression et de l'arthrose, l'assuré s'est vu accorder le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin au 30 novembre 2003 selon décision sur opposition du 24 août 2005 de l'Office AI Berne confirmée sur recours par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA; JTA AI 6110 du 31 mai 2006). Une expertise d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI [...]; rapport du 10 novembre 2004) étayait ces prononcés. Par décision du 7 septembre 2012 entrée en force, l'Office AI a rejeté une deuxième demande AI du 14 juin 2011 motivée pour l'essentiel par les mêmes problématiques de santé (degré d'invalidité de 18%). Au plan médical, une arthroplastie totale de la hanche droite avait été pratiquée le 11 avril 2012.

C.

En date du 18 mars 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande AI étayée par ses anciennes atteintes médicales, ainsi que par des problèmes cardiaques et gastriques. A l'appui de son appréciation à l'attention des organes de l'AI, le généraliste traitant a produit divers rapports médicaux attestant notamment d'une cure de hernie ombilicale pratiquée le 10 décembre 2013, puis d'une réfection d'anastomose iléo-colique en date du 16 décembre 2013. D'autres pièces médicales faisaient état d'un abcès du flanc droit et d'un abcès rétro-péritonéal, ainsi que d'un sepsis digestif d'origine indéterminée ayant occasionné de nouvelles hospitalisations courant mars/avril 2014 et en mai de la même année. Après s'être enquis de l'avis de son service médical interne (SMR) et malgré les objections de l'intéressé, l'Office AI a formellement nié le droit à une rente (degré d'invalidité de 16%) en date du 17 novembre 2015.

D.

Par acte du 17 décembre 2015, l'assuré, représenté, a porté le litige devant le TA en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée du 17 novembre 2015, au constat de son incapacité à travailler à un taux de 70% au moins et de son droit dès lors à prétendre une rente AI pleine et entière avec effet rétroactif. Subsidiairement et sous les mêmes suites relatives aux frais et dépens, il conclut au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa prise de position du 1^{er} février 2016, l'Office AI a renoncé à déposer un mémoire de réponse en bonne et due forme, se limitant à conclure au rejet du recours et à renvoyer à sa décision contestée. Le mandataire de l'assuré a produit une note d'honoraires du 15 février 2016.

En droit:

1.

1.1 La décision du 17 novembre 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui principalement sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière à l'assuré avec effet rétroactif, respectivement, à titre subsidiaire, sur le renvoi de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et 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 du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; 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 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 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).

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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

2.2 Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière importante, à même d'influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). On applique dans ce cas la même règle que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). La question de savoir si on est en présence d'une modification des

circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) - d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA - en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus (ou une décision ultérieure reposant sur une constatation des faits [médicaux] pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus [en cas d'indices de modification]) à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b).

2.3 Pour déterminer le degré d'invalidité, l'avis de médecins et d'experts médicaux revêt une grande importance. La tâche du médecin consiste à décrire 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 raisonnablement exiger de la part de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4). Toutefois, le médecin ne doit donner son avis que sur des questions médicales et doit ainsi apprécier la capacité de travail en fonction de l'état de santé de la personne assurée. Le médecin n'a pas à se prononcer sur des questions (de droit, critères sociaux ou économiques) touchant à la capacité de gain ou au taux d'invalidité (ATF 130 V 352 c. 3.2 in fine).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'autorité administrative et le juge des assurances sociales doivent, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective, sans être liés à des règles formelles, et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

Les critiques du recourant portent en premier lieu sur l'appréciation faite par l'intimé de sa situation de santé et de la capacité de travail résiduelle qui en découle.

3.1 D'emblée, l'on relèvera que sur la base du courrier du 4 mars 2014 du généraliste traitant (courrier reçu le 10 mars 2014 par l'Office AI; dos. AI 117/1), à réception le 18 mars 2014 de la nouvelle demande, l'office précité s'est conformé à la procédure préconisée par la jurisprudence (voir c. 2.2 supra) en acceptant d'entrer en matière.

L'examen du cas d'espèce porte donc sur le point de savoir si une modification des circonstances susceptible d'influencer le droit à la rente s'est produite entre le 7 septembre 2012, date de la dernière décision entrée en force que l'intimé a rendue sur la base d'un examen matériel du droit, et le 17 novembre 2015, date du prononcé ici contesté (voir c. 2.2 supra).

3.2 Pour nier le droit à une rente dans sa décision du 7 septembre 2012, l'Office AI s'est essentiellement fondé sur l'appréciation du SMR, telle qu'émise dans deux rapports des 29 décembre 2011 et 24 juillet 2012 et elle-même en grande partie étayée par les conclusions antérieures rendues dans le cadre de l'expertise du COMAI du 10 novembre 2004 (organisée suite à la première demande de prestations AI).

3.2.1 De l'expertise pluridisciplinaire précitée procédant d'examens sur les plans clinique, psychiatrique et rhumatologique, il ressortait le diagnostic, avec influence essentielle sur la capacité de travail, de cervico-dorso-lombalgies chroniques non spécifiques avec discopathie C4-C5, C5-

C6, C6-C7 et lombaires ainsi que d'une fatigue chronique d'origine indéterminée et, sans répercussions sur les aptitudes professionnelles, d'un syndrome d'apnée du sommeil appareillé par CPAP nasale, d'un syndrome pluri-métabolique avec obésité (BMI 40), hypertension artérielle traitée, diabète de type II et hyperlipidémie aussi traitée, ainsi que d'une protoporphyrie secondaire. Les experts ont exclu un déficit radiculaire objectivable au plan neurologique, en particulier une étiologie neuro-compressive, tumorale, inflammatoire ou infectieuse en lien avec les douleurs du rachis. Bien que recommandant une perte de la masse corporelle en raison des douleurs articulaires et des apnées du sommeil associées à l'obésité (l'assuré ayant pu réduire son poids de 147 kg en mai 2004 à 134 kg courant novembre 2004), ils ont en revanche nié que l'adiposité puisse limiter la capacité de travail dans une activité adaptée. Eu égard à ce tableau clinique, les mêmes médecins ont postulé que le recourant ne pouvait travailler davantage qu'à 60% dans son emploi usuel de chauffeur PL en raison de l'exposition aux vibrations corporelles et aux chargements lourds. D'après eux toujours, le recourant était en revanche apte à travailler de 80 à 100% dans une activité moins contraignante comme chauffeur de camionnette, par exemple, ou dans toute autre profession de manutention légère permettant d'alterner les positions et d'éviter les expositions prolongées aux vibrations corporelles, les charges régulières de plus de 10 kg, les travaux en porte-à-faux statiques du tronc ainsi que les mouvements répétitifs et soutenus de la colonne cervicale avec élévation ou abduction des épaules au-delà de 90° de manière répétitive. Les experts précisaient en outre que les exigences définies ci-dessus étaient offertes dès l'année 2004, après qu'avait été traitée la problématique d'apnée du sommeil à l'origine d'une importante diminution de la capacité de travail à partir de juin 2002.

3.2.2 Dans son premier rapport du 29 décembre 2011 consécutif à la nouvelle demande AI du 14 juin 2011, le SMR, par le biais d'une doctoresse praticienne, a retenu le diagnostic, avec répercussions sur la capacité de travail, d'une adipositas per magna (BMI 46), d'un lombago chronique sans signes d'une neuro-compression exacerbé par un accident de travail en avril 2009 et associé notamment à des protrusions discales L3-S1, de modifications dégénératives aux articulations scapulaires des

deux côtés sans déficit important, d'une gonarthrose et d'une coxarthrose sans déficit important non plus, ainsi que d'un syndrome cervical chronique avec discopathie sans radiculopathie. Sans répercussions d'un point de vue médico-théorique, la même doctoresse évoquait un syndrome d'apnée du sommeil traité, un syndrome métabolique avec adiposité associé à un diabète II, une hypertension, une hyperlipidémie et une protoporphyrie secondaire, un status après des investigations cardiaques début 2010 suite à un risque cardiovasculaire accru mais sans pathologie importante, un status après un accident avec contusion de l'épaule gauche, distorsion et contusion de la colonne vertébrale lombaire, ainsi qu'un hématome à la cuisse droite avec formation séreuse et excision. D'après cette source médicale, la problématique principale continuait à constituer l'obésité importante de l'assuré, ce d'autant que ce dernier pesait en l'état 154 kg et qu'il ne s'était ainsi pas conformé à ses devoirs de coopération envers l'AI (obligation de diminuer le dommage par le biais d'une perte de poids à laquelle l'AI l'avait rendu attentif en date du 17 mai 2004, ainsi qu'aux conséquences juridiques en cas de refus de sa part; dos. AI 32/1 et 2). Le SMR était ainsi d'avis que l'obésité expliquait l'évolution des dernières années et la situation médicale actuelle, en particulier les douleurs articulaires au niveau des genoux. Dès lors que l'adiposité ne représentait toutefois pas en elle-même une atteinte invalidante à la santé, la doctoresse du SMR niait que l'état de santé de l'assuré se soit aggravé depuis 2004 et concluait à la pérennité du profil d'exigibilité défini à fin 2004 par le COMAI.

3.2.3 Suite à l'arthroplastie pratiquée le 11 avril 2012 à la hanche droite en raison d'une coxarthrose, le SMR, par l'entremise désormais d'un médecin spécialisé notamment en médecine interne et en médecine physique et de réadaptation, a concédé que la dernière activité de chauffeur PL n'était pas idéalement adaptée aux handicaps du recourant. En raison du surpoids important et de ses problèmes aux genoux et à la hanche droite, le fait pour l'assuré de monter et de descendre de la cabine du conducteur ainsi que de charger et de décharger le véhicule ne correspondait en effet guère, selon le SMR, au profil d'exigibilité décrit à fin 2014. Toujours d'après cette appréciation médicale, la capacité de travail serait cependant restaurée dans le cadre usuel une fois achevée, en août

2012, la réadaptation consécutive à l'opération de la hanche droite, respectivement poursuivies la réduction en cours du poids et les mesures de reconditionnement musculaire. Cela étant, le SMR excluait une aggravation objective durable de l'état de santé du recourant (voir rapport médical y relatif du SMR du 24 juillet 2012).

3.3 Pour prendre la décision présentement contestée faisant suite à la nouvelle demande AI réceptionnée le 18 mars 2014, l'intimé a privilégié au détriment du généraliste traitant les conclusions émises par le SMR dans un rapport de synthèse du 16 décembre 2014.

3.3.1 Selon son appréciation rendue le 8 septembre 2014, le généraliste de l'assuré, spécialisé en médecine générale, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une polyarthrose (coxarthrose, gonarthrose, arthrose de la colonne lombaire), un status post prothèses totales de la hanche droite, un adénocarcinome de type intestinal du bas-fond caecal ainsi que de multiples abcès abdominaux avec une antibiothérapie au long cours à compter de 2013 et, sans pertinence du point de vue des aptitudes professionnelles, une hypertension artérielle. Au plan clinique et symptomatique, cette appréciation fait en outre état d'une hernie para-ombilicale ainsi que de grandes voussures du flanc droit avec une gêne abdominale persistante et un relâchement important ayant entraîné une déhiscence de la paroi abdominale, en l'absence en revanche d'éléments métastatiques. Sur ces bases, le généraliste traitant a exclu toute capacité de travail dans l'activité usuelle en raison du syndrome d'apnée du sommeil et des autres limitations physiques encourues, en particulier les récents problèmes arthrosiques entravant, selon lui, considérablement l'assuré dans ses déplacements (difficulté à maîtriser l'environnement au volant d'un camion et douleurs à la montée et à la descente du camion). Toujours d'après lui, aucune mesure médicale n'est propre à réduire les restrictions énumérées et l'apparition d'un cancer digestif rend superflue n'importe quelle mesure de réadaptation professionnelle - le pronostic vital étant, de l'avis du généraliste, probablement modifié à long terme. A cette appréciation ont été joints divers rapports médicaux (de coloscopie, opératoires et de consultation hématologique) en lien notamment avec les deux opérations subies au niveau gastrique les 10 et 16 décembre 2013 et

ayant consisté en une résection iléo-caecale et une cure de hernie ombilicale puis, en raison de l'insuffisance de l'anastomose, en une laparotomie exploratrice avec lavage et une réfection de l'anastomose iléo-colique. Le dossier médical transmis par le même médecin rapporte en outre deux hospitalisations intervenues courant mars/avril 2014 en raison d'un abcès du flanc droit et d'un abcès rétro-péritonéal traités aux antibiotiques, puis en mai de la même année suite à un sepsis digestif d'origine indéterminée également soumis à antibiothérapie. Hormis diverses données radiologiques ou histo-/anatomopathologiques, les autres documents produits devant l'AI comprennent deux rapports médicaux des 17 octobre 2012 et 19 août 2014 du pneumologue traitant de l'assuré le suivant pour ses apnées du sommeil et attestant du parfait appareillage de celles-ci.

3.3.2 Par l'entremise d'une spécialiste en médecine générale, le SMR s'est prononcé le 16 décembre 2014 sur l'ensemble des éléments médicaux précités et a retenu au plan diagnostique, avec influence sur la capacité de travail, des modifications dégénératives de la colonne vertébrale ainsi qu'une faiblesse de la paroi abdominale avec hernie para-ombilicale après un abcès abdominal récidivant et une déhiscence en lien avec une anastomose consécutivement à l'opération le 10 décembre 2013 d'un petit adénocarcinome du bas-fond caecal et, sans portée quant à l'invalidité, une obésité (BMI 33) et une apnée du sommeil traitée par CPAP depuis 2002. La doctoresse du SMR est d'avis que le carcinome, en l'occurrence d'une dimension de 0.1 cm révélé par une coloscopie ayant également démontré une diverticulose et un adénome, ne constitue pas le problème principal chez l'assuré, aucune autre thérapie n'ayant au départ d'ailleurs été prévue après son ablation. De son point de vue, les limitations quant à l'exigibilité découlent en effet des complications liées à la résection du carcinome (insuffisance de l'anastomose, infection, abcès), de l'obésité de l'assuré et du fait qu'une hernie para-ombilicale subsiste encore, respectivement, mais dans une moindre mesure, de l'état de la colonne vertébrale. Moyennant ce constat, la doctoresse du SMR retient que la situation médicale s'est péjorée à compter de l'opération du 10 décembre 2013 et que l'activité de chauffeur PL n'est plus envisageable depuis cette date-là, respectivement n'importe quelle autre activité lucrative. En

revanche, une fois l'assuré rétabli de l'intervention médicale à partir de juin 2014, elle est d'avis qu'une capacité de travail entière est préservée dans un emploi très léger (environ 3 kg) s'exerçant assis, debout ou en se déplaçant modérément (emploi mixte ou avec une position prédominante), et n'impliquant au surplus pas de devoir se baisser. Selon cette doctoresse, qui n'évoque au surplus aucune perte de rendement dans les limites de ce pensum résiduel, le point de savoir si un tel emploi est disponible «en pratique» relève d'un autre débat.

4.

Les rapports médicaux au dossier divergent quant à l'appréciation de la capacité de travail par le généraliste traitant, d'une part, qui exclut in fine n'importe quelle activité lucrative, et le SMR, d'autre part, lequel atteste d'une capacité de travail entière dans un emploi adapté, toutefois sans avoir procédé à un examen clinique.

4.1 Il est évident que les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports 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 tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces divers documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (c. 2.3 supra), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Les SMR sont donc parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la

confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). 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 (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4-4.6).

4.2 Rien ne justifie en l'espèce de s'écarter de l'appréciation de la généraliste du SMR qui restitue les sources médicales versées au dossier après le dépôt de la nouvelle demande AI du 10 mars 2014, en fait la synthèse, puis les soumet à discussion jusqu'à reformuler elle-même certains diagnostics (contestation de l'existence d'un abcès de la paroi abdominale telle que mentionnée lors de l'hospitalisation du 30 mars 2014), respectivement livrer sa propre clef de lecture du tableau clinique et des contraintes qui en découlent du point de vue de la capacité de travail. Avec le recul que lui offre, par rapport à ses confrères, l'étude du cas pratiquement jusqu'à la clôture de la procédure administrative, le SMR a de surcroît été à même de prendre la réelle mesure de la résection de l'adénocarcinome pratiquée le 10 décembre 2013 ainsi que du nouveau traitement opératoire ayant suivi - interventions chirurgicales qui, au vu également de l'obésité de l'assuré, de l'hernie para-ombilicale présente et de la situation au niveau du rachis, rendent désormais inexigible l'activité usuelle de chauffeur PL. Les conclusions de cette doctoresse n'ignorent par conséquent ni la réalité de l'état de santé du recourant, ni les avis des médecins traitants et des autres spécialistes impliqués dans le suivi médical. Sur la base des données fournies par les pièces au dossier de la cause, le médecin du SMR était dès lors en mesure de se faire une image complète et exhaustive, sans qu'il lui soit besoin de procéder à un examen

personnel de l'assuré (possibilité au reste subsidiaire proposée par l'art. 49 al. 2 RAI; voir au surplus: art. 49 al. 1 phr. 1 RAI et TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 avec références). Le rapport du SMR du 16 décembre 2014 est du reste le seul à résumer l'ensemble des constatations médicales recueillies suite au dépôt de la demande AI du 10 mars 2014 et, lorsqu'elles sont disponibles, les estimations de leurs répercussions sur les aptitudes professionnelles de l'assuré. Pour sa part, le généraliste traitant exclut certes in fine n'importe quel type d'activité lucrative par le fait qu'il s'abstient de remplir le questionnaire AI des travaux encore exigibles de son patient compte tenu des limitations dues à l'état de santé (dos. AI 123/7 ch. 3). Les apnées du sommeil continuant à être appareillées, l'on peine cependant à comprendre pour quelles raisons une activité excluant les sollicitations à l'effort encourues dans l'ancienne activité, ainsi que les déplacements réguliers désormais entravés par les problèmes arthrosiques et la gêne subjective induite par l'hernie de paroi (dos. AI 123/3 ch. 1.4), tel le profil décrit par la généraliste du SMR, ne continuerait pas à être offerte d'un point de vue strictement médico-théorique. De surcroît, par le fait de se positionner très clairement en faveur de l'octroi d'une rente à son patient et d'aller jusqu'à soulever la controverse à l'égard des décisions prises par l'intimé (dos. AI 123/6 ch. 1.11), ce même médecin méconnaît sa mission à l'égard de l'AI qui consiste à donner son avis sur des questions médicales et non à apprécier des aspects touchant à la capacité de gain (c. 2.3 supra). A l'inverse, l'appréciation du SMR s'inscrit quant à elle dans les limites assignées par la pratique judiciaire en livrant toutes les indications utiles pour l'appréhension juridique des travaux encore exigibles, sans ignorer par contre qu'il n'est pas de sa compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (c. 2.3 supra; voir encore à ce sujet: ATF 140 V 193 c. 3.2). Eu égard également aux qualifications médicales requises, le rapport du SMR remplit dès lors les exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale pour revêtir une force probante emportant la conviction (c. 2.3 supra).

4.3 Il ne saurait être par ailleurs fait grief à la doctoresse du SMR de ne pas avoir suffisamment décrit le type d'emploi exigible sur le marché économique (recours, p. 5, art. 4). Le revenu raisonnablement exigible en

dépit de l'atteinte à la santé doit être évalué par rapport à un marché du travail équilibré, sans qu'il ne puisse être posé d'exigences trop élevées quant à la concrétisation des opportunités professionnelles ou des perspectives de gain (ATF 138 V 457 c. 3.1 avec références citées). Certes, le profil médico-théorique retenu par l'intimé n'offre pas un tableau détaillé de l'ensemble des problématiques médicales concernées, ni des contraintes respectives qui en découlent cas échéant dans une activité profilée. Hormis les complications consécutives à la résection d'un adénocarcinome, le SMR évoque uniquement l'état de la colonne vertébrale (modifications dégénératives) et un syndrome d'apnée du sommeil en l'état appareillé. L'on ignore en revanche dans quelle mesure les autres atteintes notamment aux genoux, aux hanches, à une épaule et aux mains, ainsi qu'au plan cardiaque (dos. AI 86/13 et 14), grèvent les aptitudes résiduelles de l'assuré (voir encore à ce sujet c. 5.2 infra). Il est vrai que l'obésité, qui explique certaines des problématiques de santé en cause, n'entraîne en principe pas d'invalidité donnant droit à une rente. Cela ne vaut cependant pas si, comme de prime abord en l'espèce, l'adiposité a elle-même provoqué de véritables atteintes à la santé propres à influencer de manière durable et distincte les exigences professionnelles (pour tout ce qui précède: TF 8C_74/2008 du 22 août 2008 c. 2.2). Quoi qu'il en soit, en regard des exigences esquissées plus haut (c. 2.1 et 2.3), le SMR a en l'occurrence à tout le moins globalement décrit les restrictions fonctionnelles de la capacité de travail chez l'assuré (activité lourde/légère, avec/sans changements de position réguliers, avec/sans limitations de certains mouvements, avec/sans pause, durée du travail. etc.), ainsi que le rendement exigible. Son approche est dès lors bien concrète et adaptée aux capacités spécifiques du recourant.

4.4 Selon une vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales, ATF 138 V 218 c. 6), il convient donc d'admettre sur la base de l'appréciation du SMR que l'état de santé de l'assuré s'est péjoré par rapport à la situation qui était en vigueur au moment de la décision du 7 septembre 2012. Le changement sensible qui ressort du dossier constitue un motif de révision en lien avec la situation médicale qui prévaut depuis l'opération du 10 décembre 2013. Le droit à la rente doit par conséquent être examiné tant sous l'angle des faits que du

droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2011 IV n° 37 c. 1.1).

5.

Par un autre grief, le recourant invoque l'influence de son âge, proche de celui de la retraite, sur sa possible réinsertion professionnelle eu égard également aux limitations fonctionnelles imputables à sa situation de santé.

5.1 Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs, tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques, jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficiles, voire impossibles, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition

de l'obligation de réduire le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée provisoire des rapports de travail (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 c. 4.3 et références, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 c. 5.1).

5.2 La question de savoir à quel moment l'on doit se placer pour apprécier les chances d'un assuré de retrouver un emploi en fonction de son âge a été tranchée par le Tribunal fédéral (TF). Il ressort de l'arrêt publié aux ATF 138 V 457 (c. 3.3) que la question de la mise en valeur de la capacité de travail, respectivement de la capacité résiduelle de travail, en cas d'âge avancé, s'examine au moment où l'exigibilité médicale d'une capacité de travail totale ou partielle est constatée. En l'occurrence, une incapacité de travail durable à 100% dans l'emploi usuel (chauffeur PL) est en tous les cas attestée au recourant par son généraliste depuis 2010, voire depuis l'accident du 14 avril 2009 sous certaines réserves soulevées par le SMR (dos. AI 104/1; 108/2; 123/3 ch. 1.6). Cela étant, le recourant devait savoir depuis 2010 en tout cas que son activité n'était pas idéale par rapport à ses handicaps physiques. Dans son expertise de fin novembre 2004, le COMAI n'avait cependant pas exclu la préservation d'une capacité résiduelle de travail (estimée à 60%) dans l'emploi usuel et ce résultat a lui-même été entériné par l'intimé encore dans son refus de rente du 7 septembre 2012. Il serait dès lors contraire au principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]), qui exige des organes de l'Etat un comportement loyal à l'égard des particuliers, que de reprocher au recourant d'avoir contrevenu à son obligation de réadaptation personnelle. Si l'arthroplastie totale de la hanche droite pratiquée le 11 avril 2012 a certes déjà mis en évidence une certaine inadéquation de l'emploi usuel par rapport aux handicaps, ce n'est en réalité qu'à compter de l'intervention chirurgicale du 10 décembre 2013 que

cette profession (même pour des véhicules plus légers du reste) a sans ambiguïté été exclue par le SMR dans son rapport final du 16 décembre 2014. Or, à cette dernière date où a été fixée l'exigibilité médicale, l'assuré était âgé de 63 ans et 4 mois, à savoir un âge proche de 20 mois seulement de la retraite. Certes, les activités non qualifiées qui lui sont encore ouvertes sont en principe demandées au plan économique indépendamment du facteur de l'âge (VGE IV 2013/934 du 6 mars 2014 c. 4.3 avec références citées). Il est également vrai qu'il existe un large spectre d'activités exigibles sur le marché du travail par rapport aux activités légères encore possibles selon le SMR. En l'occurrence cependant, le recourant ne dispose d'aucune formation professionnelle et a travaillé, quasiment toujours pour la même entreprise, pendant près de 30 ans dans le métier de chauffeur PL (entre août 1977 et fin janvier 2003, juillet 2007 et fin février 2010 et, en gain intermédiaire, dès avril 2010). Son profil d'exigibilité, assorti il est vrai de restrictions relativement ciblées en lien avec sa problématique cancéreuse, s'avère en réalité très réduit si l'on tient également compte des nombreuses autres limitations constatées au plan physique et indéniablement propres à grever davantage encore les exigences offertes (c. 4.3 supra). En raison de son état général, le recourant cumule en outre de nombreuses périodes d'incapacité de travail, certes temporaires, mais indéniablement propres à entraver un engagement professionnel, respectivement une mise au courant à un nouveau poste de travail.

5.3 En conclusion, au vu d'une analyse globale de la situation, l'on ne saurait retenir, du point de vue du droit des assurances sociales, qu'il est exigible du recourant (depuis fin 2013) qu'il offre ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés d'usuels d'après le marché libre de l'économie. Les concessions démesurées qui seraient demandées à un éventuel employeur rendent en effet l'exercice d'une activité incompatible avec les exigences mêmes d'un marché du travail équilibré. Le SMR a lui-même du reste implicitement mentionné (hors de la fonction qui lui est assignée, certes) qu'il était irréaliste que l'assuré puisse retrouver un emploi, même non qualifié, dans un autre domaine d'activité que celui qu'il a connu au cours de sa vie professionnelle. Cela étant et même en tenant compte de son obligation de

réadaptation personnelle, il faut admettre, en l'état, que le recourant n'est plus en mesure d'exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique et que faute d'une capacité de gain résiduelle, il est en droit de prétendre une rente entière d'invalidité (sur l'ensemble de ces questions: voir encore: TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009 c. 5.2, 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 c. 4.2.3). Il ne se justifie dès lors pas de procéder à une comparaison des revenus.

Comme déjà relevé, une incapacité de travail entière est attestée par le médecin traitant dans la dernière activité (chauffeur PL) depuis 2010 en tout cas (c. 5.2 supra). Une incapacité de travail comme chauffeur PL d'au moins 40% sans interruption notable a d'ailleurs déjà été admise par les experts de 2004. A partir de décembre 2013, le SMR a également exclu toute capacité de travail dans la profession de chauffeur, même de véhicules plus légers que des PL. Le recourant a par ailleurs déposé une demande de prestations AI le 18 mars 2014, de sorte qu'un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir du 1^{er} septembre 2014. A cette dernière date, le délai de l'art. 29 al. 1 LAI et celui d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI étaient échus (l'incapacité moyenne de septembre 2013 à fin août 2014 [3 mois à 40% et 9 mois à 100%] est supérieure au seuil de 70%; ATF 121 V 264 c. 6b/dd et 7; TF I 623/2005 du 25 octobre 2006 c. 4.1 et 4.5). Il y a par conséquent lieu d'accorder au recourant le droit à une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2014.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis, dans la mesure où l'assuré peut prétendre une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2014. L'intimé procédera au calcul du montant des rentes dues au recourant.

6.2 Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 800.- sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA).

6.3 Le recourant obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant représenté par un mandataire professionnel, il a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du 15 février 2016, à l'exclusion des activités déployées préalablement à l'instance judiciaire (ATF 114 V 83 c. 4b; RCC 1989 p. 269 c. 4b à d), compte tenu de l'issue, de l'importance et de la complexité de la procédure, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 2'681.65 (honoraires [8,5 h x Fr. 270.-]: Fr. 2'295.-; débours: Fr. 188.-; TVA: Fr. 198.65).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Une rente entière d'invalidité est allouée au recourant à partir du 1^{er} septembre 2014; le dossier de la cause est renvoyé à l'Office AI Berne afin qu'il procède au calcul et au versement de la rente accordée au recourant.
2. Les frais judiciaires, par Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de Fr. 800.- fournie par le recourant lui est restituée.
3. L'Office AI Berne versera au recourant un montant de Fr. 2'681.65 à titre d'indemnité 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).