

200.2016.578-584.AI

ANP/BEJ

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

Jugement du 21 août 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 sept décisions de ce dernier du 16 mai 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1955, marié, a été engagé dès avril 1986 en tant que maçon, puis s'est formé comme contremaître de chantier. Courant décembre 2005, il s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant des maux de dos et une hernie discale apparus en 1996. Dès le 6 février 2006, il a réduit à 25% son taux d'occupation, puis a cessé toute activité lucrative en janvier 2008. Après une décision de refus de rente annulée sur reconsidération dans une procédure de recours (JTA AI/2007/6336 du 5 septembre 2007), une mesure d'observation professionnelle accordée par l'AI a eu lieu du 10 mars au 6 avril 2008, puis l'Office AI Berne a ordonné des expertises médicales. Dans l'intervalle, l'assuré a été opéré courant juin 2010 en raison d'une problématique scapulaire gauche, puis à nouveau en septembre 2011. Par jugement du 19 décembre 2011 (JTA AI 2011/646 et 753), le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a annulé une décision AI du 1^{er} juin 2011 accordant à l'intéressé un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2006 et lui allouant cette prestation dès le 1^{er} juin 2011, respectivement une seconde décision AI du 12 août 2011 concernant l'arriéré de rente du 1^{er} novembre 2006 au 31 mai 2011. Dans son prononcé, le TA confirmait le droit à au moins un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2006, mais renvoyait la cause à l'Office AI pour instruire l'éventualité d'une rente plus élevée du fait de la problématique scapulaire. Un recours de l'assuré contre ce jugement a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral (TF) faute d'un prononcé partiel définitif du TA sur le droit à la rente (TF 9C_144/2012 du 30 mars 2012).

B.

A nouveau saisi du dossier, l'Office AI s'est tout d'abord enquis de l'évolution de l'atteinte à l'épaule gauche auprès du chirurgien orthopédique traitant. Le service médical régional (SMR) de l'AI s'est ensuite prononcé sur la situation médicale, par le biais d'un médecin interniste ainsi que d'un spécialiste en chirurgie orthopédique ayant examiné personnellement

l'intéressé. Une mesure d'orientation professionnelle de l'AI ordonnée du 26 août au 24 novembre 2013 a été prématurément interrompue, après que l'assuré eut subi le 9 octobre 2013 un infarctus du myocarde avec pose le lendemain de deux stents et, le 11 novembre 2013, d'un autre stent. Par une première décision (n° 6) rendue le 16 octobre 2013, l'Office AI a octroyé un quart de rente dès le 1^{er} août 2012 en indiquant que les autres décisions statuant sur les prestations rétroactives parviendraient à l'intéressé une fois clôturée la procédure de compensation. Le recours introduit par l'assuré a été rayé du rôle du TA (JTA AI/2013/1097 du 23 janvier 2014), après que les parties eurent conclu de façon concordante à l'annulation de la décision attaquée en vue d'un règlement de l'ensemble de la période couverte par le rapport juridique en un seul prononcé. Par la suite, eu égard à l'évolution de l'état de santé de l'intéressé, l'Office AI a encore recueilli l'appréciation du généraliste traitant et du service hospitalier ayant suivi la problématique cardiaque, puis a pris connaissance du résultat d'une nouvelle coronarographie du 23 mars 2015 soumis à son SMR. Selon le préavis du 4 novembre 2015, un quart de rente d'invalidité devait être accordé du 1^{er} novembre 2006 au 31 août 2010, une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2010, un quart de rente du 1^{er} janvier au 30 septembre 2011, une rente entière du 1^{er} octobre 2011 au 31 juillet 2012, un quart de rente du 1^{er} août 2012 au 31 décembre 2013, une rente entière du 1^{er} janvier au 31 mai 2014, puis un quart de rente à compter du 1^{er} juin 2014. Nonobstant les objections formulées par la mandataire de l'assuré, l'Office AI a rendu le 16 mai 2016 sept décisions (n° 7 à 13) entérinant la préorientation précitée pour chacune des périodes concernées.

C.

Par acte du 20 juin 2016, l'intéressé, par sa mandataire, a porté le litige devant le TA en concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation des décisions AI n° 7, 9, 11 et 13 du 16 mai 2016 (décisions d'octroi d'un quart de rente), à l'octroi d'une rente d'invalidité plus élevée et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 29 août 2016,

l'Office AI a conclu au rejet du recours en renvoyant pour l'essentiel à ses décisions litigieuses. Au surplus, il s'est prononcé sur le grief d'une motivation insuffisante de ces dernières eu égard aux objections formulées en procédure de préorientation, respectivement a concédé certaines erreurs dans le montant des revenus avec et sans handicap pris en compte pour évaluer le degré d'invalidité de l'assuré. La mandataire du recourant a envoyé une note d'honoraires datée du 13 septembre 2016.

En droit:

1.

1.1 En règle générale, l'état de fait et de droit déterminant est, au plus tard, celui qui prévalait à la date de la décision ou des décisions contestées, soit en l'espèce le 16 mai 2016. Les dispositions matérielles de la 5^{ème} révision de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), 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 demande de l'assuré date de courant décembre 2005 et où une partie des faits déterminants se sont ainsi réalisés avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, les dispositions antérieures, le cas échéant déterminantes à l'époque correspondante, leur sont toutefois applicables (ATF 132 V 215 c. 3.1.1, 130 V 445 c. 1; voir c. 5.1 infra).

1.2 Les sept décisions rendues le 16 mai 2016 par l'intimé représentent l'objet de la contestation; elles ressortissent au droit des assurances sociales et allouent au recourant un quart de rente (continu) d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2006, excepté pour les périodes du 1^{er} septembre au 31 décembre 2010, du 1^{er} octobre 2011 au 31 juillet 2012 et du 1^{er} janvier au 31 mai 2014 où une rente entière lui est reconnue. Au vu des conclusions du recours, l'objet du litige porte sur l'octroi à l'assuré d'une rente d'invalidité plus élevée qu'un quart de rente pour les quatre périodes durant lesquelles cette prestation lui a été allouée, à savoir du 1^{er} novembre

2006 au 31 août 2010, du 1^{er} janvier au 30 septembre 2011, du 1^{er} août 2012 au 31 décembre 2013 ainsi qu'à partir du 1^{er} juin 2014, respectivement et à titre subsidiaire, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont critiquées les bases médicales du SMR ayant servi à l'évaluation du degré d'invalidité, respectivement certaines données chiffrées à l'appui de ce calcul.

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a; voir à ce sujet encore: c. 5.1 infra).

1.3 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment légitimée, 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 LAI 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]).

1.4 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]).

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

2.

Deux aspects doivent préalablement être examinés, respectivement clarifiés sous l'angle formel.

2.1 En premier lieu, il convient de réparer l'oubli de jonction explicite des procédures de recours qui a eu lieu durant l'instruction judiciaire de celles-ci. Au cas particulier, il existe matériellement en effet un seul rapport juridique ou objet au sens de l'art. 17 al. 1 LPJA, lorsqu'une rente d'invalidité est allouée rétroactivement et est simultanément réduite, augmentée ou supprimée par voie de révision au sens des art. 17 LPGA et 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201). Ces principes s'appliquent de plus indépendamment du fait que la rente a été reconnue par le biais d'une seule décision ou, comme en l'espèce, de plusieurs décisions datées du même jour (pour tout ce qui précède: ATF 131 V 164 avec références citées).

2.2 Se pose ensuite la question, soulevée in fine dans le recours (p. 5 en bas; art. 4, p. 14), de savoir si les décisions attaquées sont suffisamment motivées (motivation commune aux sept décisions concernées figurant dans la décision n° 7 du 16 mai 2016). Si l'obligation de motiver représente une composante importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; voir aussi art. 49 al. 3 LPGA), il n'est pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. En l'occurrence, les réflexions qui ont guidé l'Office AI dans ses choix, même si mentionnées de manière succincte, figurent dans la décision n° 7 précitée. L'on parvient en particulier à induire de celle-ci les raisons pour lesquelles ledit office a renoncé à une nouvelle évaluation médicale globale telle que demandée par le recourant. Quant à savoir si l'intimé est parvenu à cette conclusion à juste titre est une question de fond. De plus, ainsi que le démontre la motivation détaillée du recours, l'ensemble des décisions du 16 mai 2016 ont permis à l'assuré de se faire une idée de sa portée. Les décisions litigieuses comportent donc une motivation suffisante et le droit d'être entendu du recourant n'a, par conséquent, pas été violé (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

3.

3.1 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). 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, 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 du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

3.2 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). 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).

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 LPGA).

3.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA; maintien de la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien [anc.] art. 41 LAI en vigueur jusqu'à fin 2002: ATF 134 V 343 c. 3.5.2 et 3.5.4). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). L'art. 88a RAI concerne, certes, la révision de rentes déjà en cours. Il doit cependant être appliqué aussi, par analogie, lorsque la modification du degré d'invalidité s'est produite avant la première décision de rente; il s'ensuit que la modification est alors simultanément prise en considération (ATF 125 V 413 c. 2d; RCC 1990 p. 543 c. 2).

3.4 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 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 (voir l'art. 16 LPGA). L'expert médical évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

3.5 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 moyens de preuve 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 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

4.

4.1 Dans sa décision contestée, l'Office AI a reconnu une entière valeur probante aux profils médicaux d'exigibilité définis par le SMR et, nonobstant certaines adaptations correctives apportées au calcul de l'invalidité dans sa réponse (vu l'absence précédemment d'une indexation des revenus de personne valide et invalide dès 2010 et la prise en compte de données statistiques erronées pour ce dernier revenu en 2012 et 2014), a justifié les fluctuations dans l'état de santé du recourant et les différents niveaux de rente en découlant du point de vue de l'AI. Sur ces bases, il a ainsi été retenu que le degré d'invalidité initial de 44% valable dès le 1^{er} novembre 2006 (date de l'échéance, selon l'Office AI, du délai d'attente) s'est légèrement péjoré à un taux de 49% à partir du 1^{er} octobre 2010 suite à une première période d'incapacité de travail entière du 3 juin au 30 septembre 2010 ayant donné lieu à une rente AI temporaire entière, puis a été restauré à 44%, respectivement dès le 2 mai 2012 et le 14 février 2014, après des périodes d'incapacité à nouveau entière du 7 juillet 2011 au 1^{er} mai 2012 et du 9 octobre 2013 au 14 février 2014 à l'origine d'une rente AI temporaire entière à compter des 1^{er} octobre 2011 et 1^{er} janvier 2014.

4.2 Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir pas procédé à une évaluation médicale propre à déterminer sa capacité de travail «compte tenu de son état de santé dans sa globalité», alors même que sa situation se serait péjorée depuis les expertises réalisées entre 2006 et 2010 pour le compte de l'AI, dont l'intimé se serait lui-même de surcroît distancié. Hormis des contradictions intrinsèques, il estime que les appréciations du SMR vont à l'encontre des constatations de ses médecins traitants lui attestant une capacité de travail «nettement réduite» au vu de ses diverses atteintes, respectivement qu'elles s'opposent aux données recueillies lors des mesures d'observation professionnelle. Selon lui, ces mêmes appréciations ne se conforment de surcroît pas à l'arrêt du TF précité d'irrecevabilité du 30 mars 2012, qui rappelle que la question du droit à la rente n'a auparavant pas été jugée définitivement et peut ainsi être revue. Il reproche enfin à l'intimé son manque de transparence dans ses calculs du

degré d'invalidité et une différenciation insuffisante entre diminution de rendement et abattement dans le calcul du revenu avec handicap.

5.

5.1 D'après le dossier de la cause, une incapacité de travail continue à 100% est attestée au recourant depuis le 24 novembre 2005 (dossier [dos.] AI 6/1 § B; 199/1 ch. 1.6). Sa demande de prestations a par ailleurs été déposée courant décembre 2005. Pour autant que l'intéressé présente également une incapacité de gain de 40% au moins à la fin du délai d'attente, il pourrait ainsi prétendre une rente d'invalidité au plus tôt dès novembre 2006, ainsi que l'a du reste également retenu l'Office AI (anc. art. 29 al. 1 let. b et art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 1 let. b et c LAI entré en force le 1^{er} janvier 2008; anc. art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; voir aussi Lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], domaine AI). La période couverte par l'objet de la présente contestation s'étend donc du 1^{er} novembre 2006 au 16 mai 2016, date à laquelle ont été rendues les décisions AI ici concernées. Conformément à la pratique judiciaire déjà exposée ci-dessus (c. 1.1 supra), l'ensemble des périodes d'échelonnement de la rente sont soumises à l'examen du juge, présentement dès lors aussi celles en soi incontestées où une rente entière a été accordée à l'intéressé. Cela vaut également lorsque le rapport juridique réglé par la rente rétroactive échelonnée fait l'objet de plusieurs décisions datées du même jour au lieu d'un seul prononcé administratif (voir c. 2.1 supra). A cet endroit, l'on précisera encore que le pouvoir d'examen du juge dans les limites temporelles précitées de la contestation n'est en rien limité par le fait que le précédent JTA AI/2011/646 et 753 du 19 décembre 2011 ne renvoyait la cause à l'administration qu'aux fins d'instruire la problématique scapulaire gauche opérée en juin et septembre 2011, dont l'évolution n'avait pu être prise en compte dans les décisions AI des 1^{er} juin et 12 août 2011 alors contestées devant le TA. Dans son arrêt TF 9C_144/2012 du 30 mars 2012 (avec références citées), le TF a en effet qualifié le JTA précité de décision incidente et, faute pour l'assuré de subir un préjudice irréparable à raison de cette dernière qui ne statuait pas

définitivement sur son droit à la rente, n'est pas entré en matière sur le recours dirigé contre l'évaluation des problèmes de dos fondant le quart de rente alloué par l'AI. Il a encore précisé que le droit à un quart de rente faisait partie du rapport juridique compris dans l'objet du litige «que l'office intimé pourra de nouveau examiner et contre lequel l'assuré pourra recourir». Si l'autorité de jugement est ainsi en droit de revoir l'échelonnement pour toute la période où la rente a présentement été accordée, rien n'indique en revanche que cet examen doive nécessairement mener à une correction de l'évaluation médicale défendue dans le précédent JTA.

5.2 Au plan médical, la situation du recourant se présente comme suit.

5.2.1 S'agissant tout d'abord de la *problématique lombaire*, elle est retracée dans ses prémisses par le JTA AI 2011/646 et 753 du 19 décembre 2011 restituant le résultat des investigations médicales instiguées par l'AI auprès d'un neurochirurgien (déjà mandaté au début 2006) et d'un spécialiste en médecine physique auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; [...]). D'après ces expertises médicales qui ont chacune donné lieu à des adaptations après que le SMR eut souligné certaines incohérences dans leur teneur originelle respective (expertises y relatives successives en neurochirurgie des 10 février et 20 avril 2009 et du COMAI du 31 août 2010 avec son complément du 12 janvier 2011), l'assuré souffre de lombo-sciatalgies gauches sans particularités neurologiques et, pour l'expert neurochirurgien, de la présence en sus d'une périarthrite huméro-scapulaire gauche. Dans leurs conclusions finales corrigées, les experts du COMAI ont conclu que le recourant disposait en l'état d'une capacité de travail à 50% et, sitôt guéries les suites de l'intervention scapulaire (du 3 juin 2010) pronostiquées à novembre 2010 par le chirurgien traitant, qu'il était en mesure de travailler à nouveau à temps complet dans un emploi idoine (l'aspect psychiatrique également investigué par le COMAI n'ayant quant à lui pas permis de constater d'atteinte invalidante à la santé). Pour sa part, l'expert en neurochirurgie mandaté par l'intimé attestait en dernier lieu une capacité résiduelle de travail de 6 à 7 heures par jour dans un emploi adapté avec

une pause d'une demi-heure par demi-journée (celle-ci demeurant toutefois sans influence sur le rendement; dos. AI 72/18).

En date du 11 janvier 2011, le SMR, par un médecin interniste et spécialisé en médecine physique ainsi que de réhabilitation, a fixé pour sa part à 100% la capacité de travail résiduelle avec une diminution de rendement de 10 à 25%, profil valable dès le 24 novembre 2004 - ce, après avoir auparavant toutefois conclu à une perte de rendement de l'ordre de 25% (voir son rapport médical du 18 avril 2008). A l'appui de cette dernière appréciation médicale, le même service médical, en accord avec le généraliste traitant, attestait une péjoration médicale temporaire en lien avec une lombo-ischialgie gauche apparue en mai 2007 et ayant généré une incapacité de travail entière pour tout emploi jusqu'en septembre 2007. Bien que rapportant également cette détérioration médicale durant l'année 2007 (dos. AI 92.1/3), le COMAI n'en a pour sa part pas induit de fluctuation dans les aptitudes économiques de l'assuré. Au début 2009, l'expert en neurochirurgie mandaté par l'AI, en connaissance notamment du rapport d'un confrère neurochirurgien consulté en juillet 2007 à l'initiative du médecin traitant en raison de cette problématique lombo-ischialgique développée courant mai 2007 (dos. AI 72/3), n'a du reste pas non plus admis de répercussions sur la capacité résiduelle de travail en lien avec cette dernière. Rien au dossier ne permet au surplus de supputer une détérioration de l'atteinte lombaire postérieurement au JTA AI 2011/646 et 753 du 19 décembre 2011, respectivement aux décisions AI des 1^{er} juin et 12 août 2011 annulées par celui-ci.

5.2.2 Concernant l'*atteinte scapulaire gauche*, des douleurs, sans influence à ce moment-là sur la capacité de travail, ont été mentionnées par l'expert neurochirurgien mandaté par l'AI qui a qualifié cette problématique de second ordre et a daté son apparition vers mi 2008 (huit mois avant son examen du 3 février 2009; dos. AI 72/5 et 72/9). Dans ses conclusions finales corrigées du 20 avril 2009, le même expert indiquait néanmoins que cette problématique ancienne d'une demi-année environ attestait d'une certaine péjoration objective de la situation médicale. Dès lors que cette atteinte était accessible à un traitement, il estimait cependant que celle-ci n'allait jouer qu'un rôle temporaire et ne péjorerait pas

durablement la capacité de travail, excluant de ce fait toute évolution déterminante au plan économique au cours des trois dernières années (dos. AI 72/9 ad question D1). En date du 3 février 2009, une spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales a également examiné l'assuré à la demande de son généraliste traitant. A l'appui de cette appréciation, il était mentionné qu'une infiltration locale effectuée le 21 octobre 2008 n'avait pas apporté de soulagement, mais qu'une nouvelle infiltration serait pratiquée à brève échéance et, si cette mesure s'avérait à nouveau vaine, qu'il y aurait alors lieu de requérir une arthro-IRM pour exclure une lésion de la coiffe des rotateurs et, dans cette dernière hypothèse avérée, d'organiser alors une arthroscopie avec acromio-plastie et libération tendineuse. Cette doctoresse, sans en chiffrer précisément la proportion, estimait que cette problématique devait entrer en ligne de compte dans l'évaluation de l'incapacité de travail de l'assuré.

Dès le 10 août 2009, le chirurgien orthopédique et médecin-chef d'une clinique hospitalière ayant suivi le recourant pour son atteinte scapulaire gauche a diagnostiqué la présence, depuis environ un an, d'une tendinopathie supra-spinale, ainsi que d'une tendinose dans le sens d'une symptomatique d'impingement sous-acromiale de degré II à l'épaule gauche non dominante. Le traitement a consisté tout d'abord dans des infiltrations les 10 août et 22 septembre 2009 ayant permis une certaine amélioration passagère, puis en une arthroscopie scapulaire gauche avec reconstruction du sus-épineux, acromioplastie et résection latérale de la clavicule en date du 3 juin 2010. Au moment de la rédaction du rapport final du COMAI le 31 août 2010, une incapacité de travail à 100% était attestée au plan scapulaire depuis l'intervention précitée, puis l'assuré s'est vu certifier par son chirurgien traitant une capacité de travail à 50% dès le 1^{er} octobre 2010 et à 100% à compter du 1^{er} novembre 2010 (dos. AI 96/9). Suite à la réapparition de ses douleurs à l'épaule gauche malgré des traitements de physiothérapie et analgésiques, le recourant a subi le 7 juillet 2011 de nouvelles infiltrations auprès de son chirurgien orthopédique qui a désormais exclu toute capacité de travail résiduelle pour des activités de type manuel. Le spécialiste précité a ensuite pratiqué le 12 septembre 2011 une arthroscopie à l'épaule gauche avec excision d'un granulome sur fil avec renforcement de la suture tendineuse et nouveau

débridement sous-acromial. Une incapacité de travail à 100% en raison de cette problématique (et des douleurs dorsales, même prépondérantes; voir dos. AI 150/14 en bas) a été attestée jusqu'au 1^{er} mai 2012, veille d'une consultation en chirurgie orthopédique avec nouvelle infiltration sous-acromiale, à l'issue de laquelle il a été postulé que l'assuré pouvait à nouveau exercer des travaux en dessous du niveau de l'horizontale sous l'angle strictement scapulaire. En date du 15 novembre 2012, le même spécialiste a encore précisé à l'attention de l'AI qu'une activité adaptée avec des sollicitations légères alternées et des charges de 5 à 10 kg près du corps était exigible du recourant, si elle n'impliquait pas de tâches au-dessus de l'horizontale. Le pensum résiduel sous l'angle scapulaire était estimé à la moitié de l'horaire journalier, à savoir environ 4 à 5 heures par jour avec une baisse de rendement d'également 50% au moins pour les activités manuelles exercées jusqu'au niveau horizontal.

Pour sa part, le SMR a admis que les suites de la première intervention s'étaient totalement résorbées le 1^{er} novembre 2010 (incapacité de travail à 50% dès le 1^{er} octobre 2010), respectivement que la problématique scapulaire gauche était guérie depuis le 2 mai 2012, et a continué d'attester une perte de rendement de 10 à 25% (elle-même reconnue le 11 janvier 2011 avec effet au 24 novembre 2005) en lien uniquement avec les problèmes dorsaux (dos. AI 155/2 en bas). Contrairement à ce qu'allègue le recourant (recours, art. 2, p. 10 en haut), un médecin du SMR, spécialisé en chirurgie orthopédique, l'a bien examiné personnellement le 22 janvier 2013, ce qui a donné lieu à une adaptation du profil d'exigibilité avec effet au 1^{er} octobre 2010. En accord avec le chirurgien traitant, il a attesté une capacité de travail à nouveau entière dès le 2 mai 2012 dans un emploi impliquant des charges de 5 à 10 kg près du corps et excluant les travaux répétitifs avec le bras tendu, les positions de contrainte en abduction et les travaux au-dessus de la hauteur des épaules. La perte de rendement de 10 à 25% précédemment attestée en raison des problèmes dorsaux a en revanche été maintenue. Dans son rapport AI du 12 juin 2014, le médecin traitant a reconduit l'incapacité de travail entière certifiée par lui depuis le 24 novembre 2005, en insistant sur la limitation physique nouvelle découlant de l'impossibilité pour l'assuré de

travailler à hauteur ou au-dessus de la ceinture scapulaire, respectivement en appui du coude gauche et à distance du corps.

5.2.3 En date du 9 octobre 2013, le recourant a été victime d'un (début d') *infarctus du myocarde* sans élévation du segment ST (NSTEMI), avec dilatation, ayant nécessité la pose de deux stents PCI (percutaneous coronary intervention) le jour suivant par angiographie coronarienne (coronographie) et celle d'un autre stent RCA (right coronary artery) par nouvelle angiographie le 11 novembre 2013. Les médecins cardiologues ont diagnostiqué une maladie coronarienne dans deux des vaisseaux sanguins et attesté une incapacité de travail à 100% du 9 octobre au 9 novembre 2013 (incapacité de travail entière d'environ un mois, selon leurs estimations), puis à 50% jusqu'à la fin de la réadaptation cardiaque le 16 février 2014 (dos. AI 204/2 ch. 1.6). Selon eux, une capacité de travail entière était par la suite préservée dans des activités légères à modérément lourdes (dos. AI 204/5). D'après le résultat d'une nouvelle coronarographie en date du 23 mars 2015 confirmant l'ouverture des dilatations pratiquées après l'infarctus du myocarde et la présence de sténoses périphériques, les médecins cardiologues ont nié la nécessité d'une revascularisation et recommandé de se concentrer sur les facteurs de risque présents (abus de nicotine, dyslipidémie et adiposité). En date du 27 avril 2015, le généraliste traitant a estimé que cet état cardiaque s'ajoutait aux autres handicaps et restreignait la capacité de travail, pour autant que subsiste encore celle-ci. Le SMR, à l'appui de ses ultimes conclusions du 15 mai 2015, retient quant à lui qu'une activité corporelle légère à moyennement lourde telle que celle ressortant du profil d'exigibilité est compatible avec la fraction d'éjection de 50% constatée à la dernière coronographie.

5.3 Eu égard à l'ensemble des problématiques médicales concernées, le SMR a défini un profil d'exigibilité de départ pour une activité professionnelle adaptée idéale exercée à temps complet et a procédé sur le revenu hypothétique pris en compte pour celle-ci à un «abattement» de 20% en raison des restrictions encourues et de la nécessité d'instaurer des pauses supplémentaires. L'Office AI s'est en premier lieu néanmoins écarté de ce profil pour reconnaître à l'assuré une incapacité de gain entière (pour

tout type d'emploi) des suites des périodes d'incapacité de travail en lien avec les interventions chirurgicales subies à l'épaule gauche (du 3 juin au 30 septembre 2010 et du 7 juillet 2011 au 1^{er} mai 2012). Le même SMR a ensuite temporairement nié toute capacité de gain résiduelle (du 9 octobre 2013 au 14 février 2014) consécutivement à l'accident cardiaque. Sous la seule réserve corrective que l'incapacité de travail entière reconnue sur ce dernier plan n'a perduré que jusqu'au 9 novembre 2013 (capacité de travail de 50% ensuite certifiée jusqu'au 16 février 2014; c. 5.2.3 supra), les périodes d'inaptitude médicale reconnues par l'intimé peuvent ici être d'emblée confirmées. En dernier lieu, l'Office AI a élevé à 25% l'abattement global sur le revenu avec handicap pour toute la période courant dès la clôture de la première opération scapulaire jusqu'à la nouvelle consultation en chirurgie orthopédique ayant mené à la seconde intervention de novembre 2011, à savoir, selon ledit office, du 1^{er} octobre 2010 (et non dès le 1^{er} novembre 2010 comme retenu par le chirurgien traitant et le SMR) au 6 juillet 2011, veille de la consultation spécialisée précitée. Sur ces bases et en application des dispositions légales décalant en principe dans le temps (en tout cas dans l'hypothèse d'une péjoration médicale; c. 3.3 supra) la prise d'effet de fluctuations importantes de la capacité de gain, l'Office AI a ainsi fixé quatre périodes de rente donnant droit à un quart de rente en fonction d'une capacité de travail à 100% (profil de base) et d'une perte de productivité de 20 ou 25%, ainsi que trois paliers intermédiaires d'une rente entière découlant des péjorations médicales rappelées ci-dessus et quant à eux donc justifiés sous la seule réserve de la problématique cardiaque et de ses limites temporelles (c. 5.3 supra, mais voir également c. 6.3 infra).

Il en résulte dès lors le droit à un quart de rente d'invalidité pour les périodes des 1^{er} novembre 2006 au 31 août 2010, du 1^{er} janvier au 30 septembre 2011, du 1^{er} août 2012 au 31 décembre 2013 ainsi que dès le 1^{er} juin 2014 et, pour les paliers intermédiaires, le droit à une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2010, du 1^{er} octobre 2011 au 31 juillet 2012 et du 1^{er} janvier au 31 mai 2014.

6.

Se pose la question de la valeur probante des rapports d'appréciation du SMR.

6.1 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 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

6.2 S'agissant de la première période de quart de rente d'invalidité (du 1^{er} novembre 2006 au 31 août 2010) découlant du profil d'exigibilité de base reconnu à l'assuré à partir du 1^{er} novembre 2005, il apparaît d'emblée que l'intimé ne s'est aucunement prononcé sur la fluctuation de la capacité de travail, alléguée dans le recours (art. 1, p. 7), en raison de l'épisode de lombo-ischialgie survenu en mai 2007. Or, ni la réalité de cet épisode médical attestée par le généraliste traitant, ni la péjoration temporaire qui en a résulté pour l'assuré moyennant une incapacité de travail à 100% de mai à septembre 2007 pour tout type d'activité lucrative n'ont été en soi remises en cause par le SMR (c. 5.2.1 supra). Pourtant, le SMR dans son évaluation globale et le COMAI préalablement, sur la base de données anamnestiques incontestées au dossier AI, n'ont aucunement abordé cet aspect ou motivé le fait qu'il n'en soit pas tenu compte dans leurs appréciations médicales respectives. Concernant cette première période d'invalidité, il ne ressort par ailleurs nullement du dossier AI à partir de quel moment s'est péjorée la problématique scapulaire gauche opérée une première fois le 3 juin 2010. Dans son précédent JTA AI 2011/646 et 753 du 19 décembre 2011, le TA soulignait pourtant déjà les nombreuses incertitudes qui émaillaient le dossier quant à cette question, en retenant alors néanmoins déjà que les problèmes scapulaires étaient apparus vers mi-août 2008 au plus tard (c. 5 dudit JTA). Sous le même angle médical, l'on rappellera que le COMAI, dans son rapport complémentaire du 12 janvier 2011 corrigeant suite aux critiques du SMR l'incapacité de travail à 100% pour tout type d'emploi attestée dans son expertise du 31 août 2010, s'est limité à pronostiquer la récupération d'une capacité de travail entière dès novembre 2010 («un taux qui va en augmentant jusqu'à 100% [...], ce qui devrait être le cas dès novembre 2010»; dos. AI 104/2). Cette appréciation était assujettie aux prévisions du chirurgien traitant qui escomptait à ce moment-là une réhabilitation professionnelle en cas d'évolution clinique favorable (seulement temporairement confirmée par la suite) et ne se prononçait en tout cas pas quant à la période antérieure à l'opération de juin 2010. Même après les correctifs apportés le 20 avril 2009 à son expertise du 10 février 2009, le neurochirurgien mandaté par

l'AI n'a au reste pour sa part pas non plus définitivement conclu à la restauration d'une capacité de travail à 100%, mais de 6 à 7 heures par jour (la pause supplémentaire de 30 minutes par demi-jour de travail reconnue n'influençant pas le rendement, selon ce spécialiste). Ainsi que le relève à bon droit le recourant (recours, art. 4, p. 14), la réduction globale de 20% que concède l'intimé sur le revenu d'invalidité ne permet au surplus pas de chiffrer les parts respectives qu'occupent la perte de rendement (de 10 à 25% selon le SMR) et l'abattement dans ce pourcentage.

6.3 La deuxième période de quart de rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2011 procède quant à elle de la guérison des suites opératoires du 3 juin 2010 reconnue par l'intimé dès le 1^{er} octobre 2010 et se prolonge jusqu'à la (veille de la) nouvelle consultation en chirurgie orthopédique du 7 juillet 2011, lors de laquelle une incapacité de travail entière pour tout type d'emploi manuel a été certifiée. Dès l'abord, l'on relèvera que l'Office AI s'est écarté sans aucune motivation des conclusions de son propre SMR, elles-mêmes pourtant calquées sur celles du chirurgien traitant, qui attestaient d'une guérison uniquement partielle de l'atteinte scapulaire à la date précitée du 1^{er} octobre 2010 (capacité de travail de 50%) et de la restauration d'une capacité de travail à nouveau entière seulement dès le 1^{er} novembre 2010. Sous l'angle de la productivité, l'Office AI n'étaie par ailleurs que très succinctement la réduction globale de 25% («pour pauses supplémentaires et impossibilité de porter des poids dépassant 5 à 10 kg») qu'il consent pour la période visée. Surtout, l'on ignore pour quelles raisons le même office revient ensuite, lors des périodes ultérieures de quart de rente accordées au recourant, à la perte de rendement de 20% attestée initialement à raison des seules atteintes dorsales. Ce d'autant plus que, comme déjà relevé (c. 5.2.2 supra), le profil d'exigibilité ayant débouché sur le quart de rente alloué du 1^{er} août 2012 au 31 décembre 2013 a dû être redéfini consécutivement à la seconde opération scapulaire du 12 septembre 2011 n'ayant pas permis une guérison définitive de cette problématique médicale. Quant à la dernière période de quart de rente courant dès le 1^{er} juin 2014, rien au dossier ne permet d'exclure que la maladie cardiaque coronarienne diagnostiquée le 9 octobre 2013 et associée à divers facteurs de risques cardiovasculaires (abus de nicotine, dyslipidémie et adiposité)

continue d'influencer la capacité résiduelle de travail au-delà de la période d'incapacité de travail entière reconnue des suites immédiates de l'infarctus du myocarde. Si, ainsi que souligné également par le SMR, le généraliste traitant n'a lui-même pas attesté, il est vrai, de limitations cardiaques en cas d'activité adaptée telle que celle exercée alors à un taux d'occupation restreint par son patient, il a cependant expressément averti l'intimé qu'une augmentation de l'activité physique (en particulier au niveau des bras) pourrait provoquer des douleurs angineuses avec risque d'un nouvel infarctus et d'une insuffisance cardiaque irréversible.

6.4 Etant donné les discordances évoquées ci-dessus, l'on ne saurait dès lors prétendre que le SMR avait uniquement à apprécier en l'occurrence un état de fait médicalement établi, respectivement que l'examen personnel auprès d'un spécialiste de ce même SMR à l'instar des autres données médicales recueillies auprès des médecins traitants permettaient d'évaluer de manière suffisamment fiable les conditions médicales du droit aux prestations. La jurisprudence du TF n'admet du reste qu'avec circonspection, en cas de litige, la force probante des constatations des médecins traitants, étant donné la mission d'abord thérapeutique de ces derniers (dont les évaluations ne servent donc pas prioritairement à un jugement définitif des prestations d'assurance) et le fait par ailleurs qu'ils auront plutôt tendance, dans le doute, à favoriser leur patient vu la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 135 V 465 c. 4.5 avec la référence citée). En l'occurrence de surcroît, ces évaluations médicales n'offrent pas une appréciation coordonnée des diverses affections présentes et de leurs potentielles répercussions sur la capacité résiduelle de travail. Vu l'évolution médicale constatée au cours des dernières années sous l'angle scapulaire gauche, mais également au plan cardiaque et clinique général (obésité, tabagisme, dyslipidémie), l'on ne saurait en outre retenir que l'expertise du COMAI, même dans sa dernière mouture du 12 janvier 2011, a en l'état encore vocation à restituer et synthétiser les diverses restrictions médicales en cours. Au surplus, l'on relève que l'appréciation du SMR diverge également des conclusions retenues dans le cadre des mesures d'observation professionnelle organisées par l'AI courant 2008 et 2013, à l'issue desquelles il a été constaté que les aptitudes démontrées n'étaient pas ou guère exploitables

sur le marché primaire de l'économie. Certes, un rapport d'observation ne constitue pas, à lui seul, une base suffisante pour effectuer des constatations de faits relatives à l'état de santé et à la capacité de travail de la personne assurée (SVR 2015 IV n° 20 c. 4.1). Il ne peut cependant être fait d'emblée abstraction de ces constatations pratiques. Les organes d'observation professionnelle de l'AI ont en effet pour mission de compléter les données médicales, notamment sous l'angle de la mise en valeur des aptitudes professionnelles restantes, et il incombe à l'Office AI de lever les contradictions en cas de divergences sensibles entre ces appréciations respectives (TF 9C_739/2010 du 1^{er} juin 2011 c. 2.3 avec références citées). L'intimé ne s'est en l'occurrence toutefois nullement prononcé à ce sujet.

6.5 Il se justifie par conséquent d'annuler les décisions querellées et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une appréciation globale de la situation médicale et de son évolution depuis le 1^{er} novembre 2006 (début potentiel du droit). Dans le cadre de ce renvoi, l'intimé devra se prononcer sur l'influence potentielle (cas échéant seulement temporaire) de l'épisode de sciatique survenu en mai 2007, sur les exigences offertes du point de vue lombaire, sur le moment de l'apparition d'empêchements incapacitants en lien avec la problématique scapulaire gauche, respectivement sur les répercussions supplémentaires découlant cas échéant de la conjonction des problématiques lombaire et scapulaire, ainsi que sur la portée de l'atteinte cardiaque et de la situation clinique générale sous l'angle de la capacité de travail exigible. Une fois cet état de fait médical éclairci et dans l'hypothèse d'une capacité résiduelle de travail encore reconnue, l'intimé déterminera si, contrairement à l'avis du recourant, il demeure possible de placer ce dernier sur le marché libre de l'emploi (éventuellement après de nouvelles mesures de réadaptation professionnelle), voire s'il est préalablement exigible de sa part, moyennant due sommation au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA, de se soumettre à certaines mesures thérapeutiques propres à améliorer son état de santé (arrêt du tabac, réduction pondérale) et recommandées par les médecins. Dans l'hypothèse où une capacité résiduelle de travail serait préservée sur le marché du travail ordinaire, l'Office AI déterminera le degré d'invalidité ainsi que les éventuelles fluctuations de celui-ci, puis, lors de ce calcul, veillera en particulier à

étayer et distinguer les diverses réductions consenties sur le revenu avec handicap (comme perte de rendement ou à titre d'abattement supplémentaire motivé par le profil et/ou les exigences d'espèce). Le même office prendra garde en outre que ses éventuels calculs successifs de l'invalidité (en cas de modification[s] déterminante[s] de l'état de santé) ne soient pas faussés dans leur continuité par les adaptations qui résultent de la nouvelle édition 2012 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édictée par l'Office fédéral des statistiques (OFS; ATF 142 V 178). En se fondant sur le ou les degré(s) d'invalidité qu'il aura ainsi calculé(s), l'intimé rendra une nouvelle décision se prononçant sur un éventuel droit à une rente de l'assuré. In casu, le renvoi à l'Office AI 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'assureur social. Il est d'ailleurs à juste titre requis par le recourant dans ses conclusions subsidiaires. Une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu de l'assuré et le priverait d'une instance de décision (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision contestée.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler les sept décisions rendues par l'intimé le 16 mai 2015, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

7.2 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 132 V 215 c. 6.2). Assisté d'une avocate agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 13 septembre 2016 qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la

complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site www.justice.be.ch/ta -> Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'415.10 (honoraires de Fr. 1'183.-, débours de Fr. 127.30 et TVA de Fr. 104.80).

7.3 Les frais de la procédure devant le TA, 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 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et les décisions attaquées sont annulées. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'415.10 à titre de dépens.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- à la 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).