

200.2016.945.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 24 avril 2018

Droit des assurances sociales

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



A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 2 septembre 2016

En fait:

A.

A. _____, né en 1958, marié et père de famille (cadet né en 1999), ayant travaillé en Suisse depuis 1978, a exercé depuis 1992 des activités indépendantes, périodiquement en parallèle avec des emplois, au plus tard depuis 2002 comme chauffeur de taxi (selon l'extrait du compte individuel de cotisations sociales [CI] et déclarations de l'intéressé: dossier [dos.] AI 7.6/2, 21.6/7 et 91/2). Le 2 septembre 2013, il a déposé auprès de l'Office AI Berne une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant être atteint de vertiges depuis le 4 avril 2013 et requérant l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a notamment recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants et consulté le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie. Après avoir aussi consulté son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne, dans une préorientation du 1^{er} août 2014, a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande.

L'assuré a présenté des objections le 19 septembre 2014, qui ont été complétées, plusieurs nouveaux documents médicaux à l'appui, d'abord par le service social de sa commune de domicile le 19 septembre 2014, puis, le 11 février 2015, par un avocat mandaté par l'assuré (ainsi que l'assurance de protection juridique de ce dernier) et requérant l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2013. Le 18 février 2015, l'Office AI Berne a rendu l'assuré attentif à son obligation de réduire le dommage et l'a invité à suivre la thérapie proposée par un second spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) consulté. Par courriers des 16 avril et 19 novembre 2015, le mandataire de l'assuré a corrigé la date de début du droit à la rente requise (2014 au lieu de 2013), a informé l'Office AI Berne de l'évolution de la situation et a produit de nouveaux rapports médicaux émanant du second spécialiste ORL et encore d'autres spécialistes impliqués par ce dernier. Le 3 mars 2016, le SMR a une nouvelle fois pris position sur le dossier médical de l'assuré. Le 29 mars 2016, le Service des enquêtes de l'Office AI Berne a procédé à une enquête sur l'activité

professionnelle indépendante de l'assuré, consignée dans un rapport du 30 mars 2016.

A l'issue de ces investigations, dans une préorientation du 4 mai 2016, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande. Nonobstant les objections formulées le 9 juin 2016 par le mandataire de l'assuré, l'Office AI Berne, après une nouvelle consultation du SMR et de son Service des enquêtes, a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 2 septembre 2016.

B.

Le 5 octobre 2016, l'assuré, représenté par un nouvel avocat, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision de l'Office AI Berne du 2 septembre 2016. Sous suite des frais et dépens, il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 4 avril 2014 au 19 octobre 2015 et d'une demi-rente dès le 20 octobre 2015.

Dans son mémoire de réponse du 4 novembre 2016, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Par réplique du 16 janvier 2017 et duplique du 8 février 2017, les parties confirment leurs conclusions respectives. Le 16 janvier 2017, le mandataire du recourant a par ailleurs produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 2 septembre 2016 de l'Office AI Berne représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit aux prestations de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi à l'assuré d'une rente entière du 4 avril 2014 au 19 octobre 2015, puis d'une demi-rente dès

le 20 octobre 2015. Est en particulier contestée l'appréciation de la capacité de travail du recourant effectuée par le SMR, sur laquelle s'est basé l'intimé, ainsi que le revenu d'invalidité retenu par ce dernier pour la fixation du degré d'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Par cette nouvelle réglementation, les précédents principes de droit non écrits et, en particulier, la jurisprudence relative à l'exclusion des facteurs étrangers à l'invalidité et au principe de l'exigibilité sont désormais explicitement ancrés dans la loi (ATF 140 V 197 c. 6.2.1, 135 V 215 c. 7.3; Message concernant la 5^{ème} révision de l'AI, FF 2005 p. 4285 ss).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). 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).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 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).

Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des 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 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).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que s'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.

3.1 Les éléments principaux suivants ressortent de l'ensemble du volumineux dossier médical:

3.1.1 Le service hospitalier des urgences, consulté par le recourant le 5 avril 2013, soit le lendemain du malaise vertigineux à l'origine de l'incapacité de travail ici en cause, a posé les diagnostics principaux de vertiges d'origine indéterminée avec diagnostic différentiel de vertige paroxystique bénin et de maladie de Ménière (1^{er} épisode, moins probable), de céphalées de l'hémicrâne gauche et de douleurs thoraciques survenues un mois auparavant. L'anamnèse indique que le patient, chauffeur de taxi, a subi le soir précédent, vers 23h, des vertiges rotatoires d'apparition rapide, l'obligeant à arrêter sa voiture au milieu de la route et que, pendant l'épisode, il avait eu besoin de fermer les yeux, tellement le vertige était intense. Après 10 minutes, la symptomatologie s'était améliorée, de telle sorte qu'il avait pu rentrer à la maison. Le rapport a été adressé au service d'angiologie pour examens complémentaires.

3.1.2 Dans un premier rapport adressé le 3 mai 2013 à l'assureur perte de gain, le généraliste traitant de l'assuré, en connaissance des constatations des services hospitaliers des urgences du 5 avril 2013 et

d'angiologie du 22 avril 2013 (excluant une dissection des artères irrigant le cerveau externes à celui-ci) et au vu des symptômes décrits par son patient (problème de vertiges et de yeux, transpiration, hypertension artérielle), a diagnostiqué une hypertension, prescrit une médication en conséquence et pronostiqué un recouvrement de la capacité de travail alors nulle. Dans son rapport du 28 septembre 2013 pour l'Office AI Berne, après avoir organisé des investigations complémentaires (IRM du cerveau, de la colonne vertébrale dorsale et cervicale, check-up en cardiologie, examen par le premier spécialiste ORL), le généraliste traitant a posé le diagnostic de vertiges avec influence sur la capacité de travail. Il a nié que l'hypertension influence la capacité de travail. Il a estimé que son patient ne pouvait plus exercer son métier de chauffeur de taxi et qu'il fallait envisager une "préorientation". Par la suite (rapport du 8 janvier 2014 accompagné, en plus des autres avis spécialisés déjà mentionnés, d'un rapport d'un psychiatre et psychothérapeute), il a ajouté un diagnostic d'angoisses et manifestations dépressives (ch. F41.2 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et a précisé qu'il appartenait à l'AI de voir quels étaient les travaux adaptés au handicap. Dans son rapport le plus récent figurant au dossier, du 22 août 2014, le généraliste traitant (à qui un rapport de neurologie du 19 février 2014 avait encore été communiqué dans l'intervalle) indique comme diagnostics un acouphène, des crises récidivantes de vertiges, une déficience de l'oreille moyenne interne gauche, une hypertension artérielle, une ostéochondrose T10-T11, modérée aux niveaux C5-C7 et C4-C5, ainsi que de l'anxiété et un trouble dépressif (ch. F41.2 CIM-10). Il est d'avis qu'en raison des risques inhérents à la circulation automobile, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité de chauffeur de taxi, et déclare ne pas pouvoir se prononcer quant aux autres activités lucratives exigibles, cette question devant, selon lui, être résolue par d'autres spécialistes.

3.1.3 Dans un rapport adressé le 10 septembre 2013 à l'assureur perte de gain en cas de maladie, le premier spécialiste ORL ayant traité l'assuré a diagnostiqué des vertiges, un trouble de l'audition, ainsi qu'une déficience de l'oreille moyenne interne gauche, précisé que la conduite d'un véhicule automobile était déconseillée, que la capacité de travail dépendait du genre

d'activité lucrative et pronostiqué une amélioration de la capacité de travail allant jusqu'à 100%. Dans son rapport du 3 février 2014 à l'attention de l'intimé, le même praticien a estimé que le patient serait en mesure de continuer son activité de chauffeur de taxi à condition de pouvoir tourner la tête sans éprouver de vertiges. Dans ses deux rapports ultérieurs des 24 et 26 juin 2014, le praticien a indiqué que l'assuré subissait toujours occasionnellement des crises de vertiges qui, d'après le patient, seraient liées à son hypertension. Le spécialiste considère qu'en raison de ces vertiges et de la peur qu'ils surviennent, l'assuré ne peut plus exercer son métier de chauffeur de taxi, mais qu'il lui est possible d'y parvenir à nouveau, au moins à temps partiel.

3.1.4 L'expertise neurologique réalisée le 16 décembre 2013 pour l'assureur perte de gain en cas de maladie pose comme diagnostic influençant la capacité de travail des vertiges d'étiologie incertaine avec un diagnostic différentiel de début de maladie de Ménière lié à un déficit fonctionnel cochléo-vestibulaire. Selon l'experte, l'hypertension, les céphalées vasomotrices et l'acouphène à gauche aussi diagnostiqués ne présentent quant à eux pas d'influence sur la capacité de travail. Celle-ci déclare que la capacité de travail du patient en tant que chauffeur de taxi ne peut être déterminée uniquement du point de vue neurologique, mais qu'elle dépend de l'évolution otologique; par contre, elle atteste une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

3.1.5 Pour sa part, le psychiatre et psychothérapeute sollicité, dans sa lettre du 1^{er} novembre 2013 au généraliste traitant, a décrit la situation comme un trouble de l'adaptation avec symptômes d'anxiété et de dépression, toutefois sans que ceux-ci ne correspondent à un diagnostic indépendant. Ce même psychiatre a répondu en date du 11 novembre 2014 aux questions qui lui ont été posées par le mandataire du recourant. Sur le plan strictement psychiatrique, il atteste à ce dernier une capacité de travail de 80% et considère qu'il n'est plus en mesure de travailler comme chauffeur de taxi depuis avril 2013, mais qu'une autre activité lucrative, à définir par les spécialiste en réadaptation, est exigible de sa part.

3.1.6 Le second spécialiste ORL qui traitait encore l'assuré à la date de la décision contestée a quant à lui diagnostiqué, dans son premier rapport

adressé le 5 septembre 2014 au généraliste traitant, principalement une labyrinthopathie à gauche de type ménièreoïde, comprenant des crises vestibulaires, ainsi qu'un trouble fonctionnel vestibulaire avec des troubles auditifs et un acouphène à gauche, engendrant une symptomatique psycho-végétative. Il est d'avis que la labyrinthopathie de son patient présente beaucoup d'éléments d'une maladie de Ménière classique et a proposé une stratégie thérapeutique à plus long terme. Dans un deuxième rapport du 10 décembre 2014 à l'attention du mandataire du recourant, le spécialiste s'étonne d'abord d'être sollicité par l'avocat, avec une demande d'évaluation de la capacité de travail. Il estime qu'il n'est pas possible de se prononcer sur ce point jusqu'à ce que toutes les possibilités thérapeutiques existantes soient épuisées. Il précise néanmoins que la maladie de Ménière diagnostiquée est très imprévisible dans ses effets et dans les crises qu'elle peut provoquer; pour cette raison, afin de préserver la sécurité du patient et d'éviter d'autres dommages, il considère que celui-ci est pour le moment en incapacité totale pour toute activité. Il propose une expertise répondant précisément à la problématique de la capacité de travail après l'exécution de la thérapie préconisée. Dans un courrier adressé le 25 mars 2015 au mandataire du recourant, le spécialiste explique en substance les raisons pour lesquelles son patient a perdu confiance dans le premier spécialiste ORL qui l'avait traité et critique l'appréciation de la capacité de travail faite par ce dernier (voir ci-dessus c. 3.1.3). Dans son rapport le plus récent, adressé le 3 octobre 2016 au mandataire du recourant, le praticien a exposé l'évolution de l'état de santé du recourant et, répondant aux questions précises du mandataire, déclaré que son patient avait été en incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit du 4 avril 2013 au 15 octobre 2015 et qu'il avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 15 octobre 2015, et ce aussi dans son activité habituelle de chauffeur de taxi. Le spécialiste indique enfin que bien que la labyrinthopathie du patient se trouve en rémission, elle est toutefois instable, raison pour laquelle la poursuite de la thérapie et des contrôles neuro-otologiques réguliers sont nécessaires.

3.1.7 Dans une lettre du 23 octobre 2015, le spécialiste en thérapie de la douleur consulté a répondu au mandataire que l'assuré était immédiatement capable de reprendre son activité de chauffeur de taxi à

50%, avec un pronostic de récupération à 80-100% prochainement. Il n'a pas jugé nécessaire de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, attendu que son patient voulait continuer d'exercer son métier. Dans son rapport le plus récent adressé le 15 décembre 2015 à l'Office AI Berne, ce même thérapeute atteste au recourant, dans son activité habituelle de chauffeur de taxi, une incapacité de travail totale jusqu'au 22 septembre 2015, puis une capacité de travail de 50% à partir du 20 octobre 2015, sans diminution de rendement, et indique qu'une augmentation ultérieure de la capacité de travail est possible. Dans une autre activité adaptée, il mentionne comme limitations une impossibilité de soulever et porter des charges et d'effectuer des travaux au-dessus de la tête et sur des échelles, ainsi qu'une restriction de 50% s'agissant de la rotation de la tête.

3.2 Dans un premier avis du 22 janvier 2014, le SMR, par le biais d'un spécialiste en médecine interne, médecine physique et réhabilitation, auquel le suivi du dossier a été confié, a estimé que l'incapacité totale de travail (comme chauffeur de taxi) attestée par le généraliste traitant était difficilement compréhensible au vu de l'évaluation du 10 septembre 2013 du premier spécialiste ORL. Le médecin du SMR a toutefois requis une actualisation des données avant de se prononcer plus précisément. Le 28 mars 2014, le médecin du SMR a constaté que les résultats, tant du premier spécialiste ORL que de l'experte en neurologie, ne permettaient pas d'expliquer les vertiges par une atteinte objective. Comme le premier spécialiste ORL avait fait dépendre la capacité de travail comme chauffeur de taxi de l'absence de vertiges provoqués par des rotations de la tête et que, lors de l'expertise du 16 décembre 2013, la neurologue avait rapporté que l'assuré ne se plaignait plus de vertiges inhérents aux rotations de la tête, le médecin du SMR en a déduit que la capacité de travail comme chauffeur de taxi devrait avoir été recouvrée au 1^{er} septembre 2013 (sous réserve de prescriptions de l'office de la circulation). A tout le moins, le médecin du SMR a conclu à une capacité de travail totale dès cette même date dans un emploi adapté léger ou moyen, ne posant pas d'exigence particulière quant à l'équilibre (pas d'échelles ou échafaudages, ni maniement de machines dangereuses). Le 22 juillet 2014, le médecin du SMR, au vu des derniers résultats du premier spécialiste ORL, a estimé

que la capacité de travail comme chauffeur de taxi a été récupérée à 100% dès le 1^{er} avril 2014 au plus tard, et a confirmé la capacité de travail dans une activité adaptée déjà fixée. Après avoir pris connaissance des rapports du deuxième spécialiste ORL annexés aux observations formulées contre le premier préavis, le médecin du SMR s'est rallié le 25 septembre 2014 à l'avis que l'activité de chauffeur de taxi n'était plus exigible, mais pourrait le redevenir à la condition d'un suivi strict de la thérapie proposée. Il a cependant confirmé ses précédentes évaluations quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. Le 3 mars 2016, le médecin du SMR a constaté que la thérapie n'avait été que partiellement et irrégulièrement suivie. Pour l'activité de chauffeur de taxi, il s'est rallié à l'évaluation du thérapeute de la douleur: capacité de 50% dès le 1^{er} octobre 2015, en estimant qu'une pleine capacité serait donnée dès début 2016. Pour une activité adaptée, il a maintenu son évaluation. Dans son dernier rapport du 29 juin 2016, le médecin du SMR se fonde sur le rapport du 15 décembre 2015 du spécialiste en thérapie de la douleur. Sur cette base et au vu de l'ensemble du dossier médical de l'assuré, le SMR conclut à une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2013 dans une activité légère adaptée, sans rotation de la tête fréquente et supérieure à la moyenne, tout en reconnaissant une incapacité de travail totale en tant que chauffeur de taxi du 4 avril 2013 au 30 septembre 2015.

3.3

3.3.1 Le 29 août 2013, lors d'un entretien avec un collaborateur de l'assurance perte de gain, l'assuré a mentionné un début de maladie de grande intensité, avec traitement hospitalier, un acouphène persistant à gauche, des douleurs à l'arrière de la tête et dans la nuque et un vertige rotatoire à répétition allant jusqu'à provoquer des vomissements, l'empêchant de conduire et l'obligeant à rester à la maison en faisant parfois des promenades. Il a précisé qu'il se sentait mieux, mais qu'il n'était pas rétabli (transpiration éventuellement liée à la médication, douleurs à la nuque, acouphène et attaques imprévisibles de vertiges, souvent sous la douche, provenant probablement de la nuque). Il a expliqué qu'il se sentait encore peu sûr en conduisant et qu'il ne le faisait en principe que le soir, lorsque la circulation est restreinte. Il a décrit se lever entre 7h et 8h, sortir

à pied pour acheter des croissants, regarder la TV ou lire en s'allongeant, préparer le dîner pour la famille et aider au ménage, tâches dont il s'occupait de longue date compte tenu des handicaps de son épouse (cette dernière étant au bénéfice d'une rente AI depuis une douzaine d'années). Au surplus, sur question de l'enquêteur, l'assuré a expliqué qu'il était resté inatteignable pendant une certaine période parce qu'il était parti, muni de suffisamment de médicaments, en vacances dans son pays natal, sa fille et son épouse ayant conduit. Il a estimé que l'incapacité de travail attestée (100% jusqu'au 26 août 2013 et 50% depuis lors) se fondait sur le fait que la peur des crises de vertiges l'insécurisait, mais que d'autre part, il voulait retravailler pour éviter de perdre sa clientèle. Il a affirmé n'avoir plus transporté aucun client depuis le 4 avril 2013 et que l'accident avec une motocyclette subi le 12 juillet 2013 s'était produit lors d'une course privée et avait conforté ses craintes. L'assuré a exprimé clairement sa volonté de reprendre le métier de chauffeur, estimant que s'il n'y parvient pas, ses autres capacités professionnelles (vente, commerce de détail, patente de restauration) ne lui serviraient pas non plus.

3.3.2 Dans le rapport d'enquête du 30 mars 2015, il est en outre relevé que l'assuré indique se sentir actuellement beaucoup mieux et que depuis 2015, il travaille à nouveau environ à mi-temps comme chauffeur de taxi indépendant. Selon le rapport toutefois, il déclare aussi avoir dû retourner en janvier 2016 chez le spécialiste en thérapie de la douleur en raison de douleurs et de vertiges et avoir reçu un dépôt de cortisone, qu'après les traitements il n'a plus de vertiges, mais que son état de santé est variable, allant parfois bien et, d'autres fois, ne pouvant pas travailler plusieurs jours de suite. L'enquêteur décrit aussi que l'assuré explique que son travail de chauffeur de taxi lui permet une organisation selon la forme du jour, qu'il fait des séances de physiothérapie, consulte régulièrement son spécialiste ORL, souffre aussi d'hypertension et suit pour cette raison un traitement chez un cardiologue.

4.

4.1 Dans la décision contestée et sa réponse au recours, l'Office AI Berne, en s'appuyant sur les conclusions de son SMR et de son Service des enquêtes, nie toute invalidité au motif que, bien que dans l'activité de chauffeur de taxi une incapacité de travail de 100% ait prévalu du 4 avril 2013 jusqu'à fin septembre 2015, puis de 50% dès le 10 octobre 2015, un emploi adapté aux handicaps était exigible à plein temps depuis début octobre 2013 avec une vraisemblance prépondérante. Or, toujours selon l'Office AI Berne, dans un tel emploi, accessible à l'assuré, ce dernier pourrait réaliser un revenu supérieur à celui acquis comme chauffeur de taxi indépendant, voire, à partir d'octobre 2015, compléter sa rémunération provenant de son travail à temps partiel comme indépendant de manière à ne subir aucune perte de gain.

4.2 Pour sa part, le recourant conclut à l'octroi d'une rente, entière depuis le 4 avril 2014, puis réduite à une demi rente dès le 20 octobre 2015, parce qu'il réfute la capacité de travail admise par l'intimé dans un emploi adapté en se référant essentiellement à l'appréciation de son second spécialiste en ORL, qui l'emporte, à ses yeux, sur l'estimation sur dossier du SMR, basée notamment sur l'avis erroné du premier spécialiste en ORL consulté et sur une expertise émanant d'une neurologue non spécialisée en matière de vertiges. Le recourant défend aussi l'opinion selon laquelle un changement d'activité de sa part n'entre pas en considération eu égard à son âge, du fait qu'il ne dispose pas de formation certifiée et que des mesures professionnelles n'ont pas été organisées par l'intimé.

4.3 Dans le présent litige, il convient dès lors d'examiner si, ainsi que la décision contestée l'a retenu, une invalidité déterminante du recourant peut être exclue au moment où un droit à la rente aurait pu naître, à savoir dès avril 2014 (une année après la survenance de l'incapacité de travail [art. 28 al. 1 let. b et c LAI; voir ci-dessus c. 2.2], les six mois de carence dès le dépôt de la demande étant alors aussi écoulés [art. 29 al. 1 LAI]). Pour ce faire, il y a lieu de déterminer s'il était exigible de la part de l'assuré, selon une vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.5), d'exercer une

activité lucrative adaptée au plus tard depuis avril 2014, dans une mesure excluant le droit à une rente d'invalidité.

5.

5.1 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des 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. 3a/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). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.2 Dans l'examen de la force probante de l'estimation à laquelle a abouti le SMR, il convient d'emblée de constater qu'il existe, dans l'ensemble, un consensus entre les médecins en ce qui concerne la nature des troubles du recourant, même si les termes précis du diagnostic principal influençant sa capacité de travail varient d'un praticien à l'autre. Tous s'accordent à constater des vertiges récidivants, survenant par crises et dont l'origine est à rechercher dans des troubles situés au niveau de l'oreille moyenne gauche avec soupçon de maladie de Ménière. Contrairement à ce que prétend le recourant, il ne ressort pas de la formulation plus synthétique des diagnostics du second spécialiste ORL, qui avait plus de recul vu la date de son implication, que ses résultats, englobant également plusieurs hypothèses dont des répercussions de nature psycho-végétative (par nature indéterminées), soient plus précis ("moins rudimentaires") que les conclusions auxquelles est parvenu le premier spécialiste ORL, également après des examens fouillés tant en mai 2013 (rapport adressé au généraliste traitant) qu'en juin 2014 (2 rapports après examens dans un centre spécialisé adressés à l'intimé). Qu'il s'agisse plus précisément d'une maladie de Ménière, d'autres troubles vestibulaires ou d'une labyrinthopathie d'un autre genre n'influe finalement pas sur l'issue du présent litige; en AI, peu importe en effet un diagnostic précis et uniforme, car seule la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail est déterminante dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité d'un assuré (ATF 132 V 65 c. 3.4).

5.3 En revanche, il est vrai que le dossier ne permet pas de conclure à une appréciation médico-théorique unanime des répercussions du trouble dont souffre le recourant sur sa capacité de travail. Les divergences qui apparaissent à première vue doivent cependant être relativisées.

5.3.1 D'emblée, il faut constater que seul le second spécialiste ORL consulté a attesté une incapacité de travail totale pour quelque activité que ce soit (pas seulement en tant que chauffeur de taxi) du 4 avril 2013 jusqu'au 15 octobre 2015 et une capacité de travail résiduelle de 50% depuis cette date. Cette attestation d'incapacité de travail générale, qui figure la première fois dans la lettre du 10 décembre 2014 - et qui a été confirmée dans celles des 25 mars 2015 et 3 octobre 2016 - a toutefois

expressément été établie sur sollicitation du mandataire du recourant pour étayer des actes de procédure, d'abord dans le contexte des observations contre le premier préavis de refus du 1^{er} août 2014. Du reste, le spécialiste ORL concerné, en préambule de sa lettre adressée le 10 décembre 2014 à l'avocat, s'est lui-même étonné de se voir interpellé par ce dernier sur ce point, alors qu'il s'attendait bien plutôt à ce que le médecin traitant prenne contact avec lui en vue de la coordination du suivi médical (au terme de son premier rapport du 5 septembre 2014, il n'avait au demeurant prévu un contrôle chez lui qu'en cas de nécessité). De surcroît, le second spécialiste ORL insiste sur le fait qu'une expertise complète susceptible de répondre à toutes les questions ne pourra être établie qu'à l'issue des examens encore envisagés et des thérapies à appliquer. Il motive l'estimation qu'il fournit en l'état par l'imprévisibilité de la maladie de Ménière, en vue de préserver la sécurité de son patient et d'éviter d'éventuels dommages collatéraux. Dans sa deuxième lettre du 25 mars 2015, sollicitée par le mandataire en réaction à la sommation de réduction du dommage du 18 février 2015, le second spécialiste ORL s'appuie sur la persistance de l'incapacité de travail pour requérir une prise en charge de mesures thérapeutiques par d'autres intervenants que le premier spécialiste ORL consulté. Il explique que le patient avait perdu toute confiance en ce dernier du fait qu'il lui avait déjà attesté une totale capacité de travail le 2 décembre 2014, ce qui, selon le second spécialiste, pouvait se justifier sous l'angle strictement oto-rhino-laryngologique, mais reposait sur des examens neuro-otologiques trop rudimentaires pour une compréhension multimodale du trouble du système de l'équilibre, ce qui n'était pas sérieux tant médicalement qu'au vu des conséquences très négatives induites sur le plan des assurances.

Replacée dans son contexte, il apparaît donc manifestement que l'attestation d'incapacité de travail du second spécialiste ORL, fournie dans une optique de précaution stricte et de ménagement des intérêts (aussi concernant les prestations d'assurance) de son patient, à un stade intermédiaire des traitements préconisés, peut se comprendre pour ce qui concerne la conduite automobile et l'activité de chauffeur de taxi, mais n'est en tous les cas pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante dans la mesure où elle vise toute activité professionnelle en général.

5.3.2 L'attestation d'incapacité générale de travail du second spécialiste ORL est également largement contredite par les évaluations des autres médecins traitants impliqués. Ainsi le généraliste, après avoir pris connaissance de rapports du service hospitalier des urgences, d'un angiologue, du premier spécialiste ORL auquel il avait adressé son patient, d'un centre de cardiologie et de résultats d'IRM cervicale et de la colonne vertébrale, s'est certes éloigné de sa première impression du 3 mai 2013 d'un trouble bénin relevant essentiellement de l'hypertension artérielle pour admettre le diagnostic de vertiges à répétition, mais n'a mentionné une incapacité de travail qu'en fonction du métier de chauffeur de taxi. Il a constamment confirmé cette appréciation, émise déjà le 25 septembre 2013, le 8 janvier 2014 en connaissance des résultats d'un examen psychiatrique et le 22 août 2014, après avoir reçu un avis neurologique. Le premier spécialiste ORL quant à lui, le 28 mai 2013, a attesté une aptitude à conduire, sous réserve de nouvelles crises de vertiges. Le 3 février 2014, le dernier contrôle ayant eu lieu le 20 août 2013, il a estimé qu'en présence de vertiges rotatoires, son patient ne pouvait pas conduire. Les 24 et 26 juin 2014, après avoir encore examiné son patient les 3 et 11 juin 2014 sur demande de l'Office AI, sur la base de tests pratiqués dans un centre d'examen de l'équilibre, il a constaté une pression artérielle élevée sans pouvoir déterminer si cette pression était à l'origine des vertiges ou en résultait et a estimé que l'exercice de la profession de chauffeur de taxi n'était en l'état plus possible. Il n'a cependant pas exclu la reprise, au moins partielle, de cette activité. Le 2 décembre 2014, il a estimé qu'il ne subsistait plus de restriction sous l'angle de sa spécialisation, mais répété que l'aptitude à conduire devait être vérifiée, par exemple par un instructeur d'auto-école. Le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui a vu le recourant les 21 octobre et 1^{er} novembre 2013 a certes décrit une certaine anxiété et dysthymie pouvant perturber la concentration, mais a évalué qu'aucun de ces deux symptômes ne justifiait un diagnostic spécifique et qu'on avait affaire à un trouble de l'adaptation anxio-dépressif qui ne nécessitait aucun suivi psychothérapique, tout au plus une médication. Le 11 novembre 2014, ce spécialiste, en réponse aux questions du mandataire, a évalué la capacité de travail dans sa seule spécialité à 80% et a encouragé la mise en œuvre de mesures de réadaptation par l'AI en commençant à un taux de 70%. Le médecin praticien, spécialiste en

thérapie de la douleur, traitant le recourant depuis juin 2015, a pour sa part certes également attesté, dans ses rapports des 23 octobre et 15 décembre 2015, une incapacité de travail passant de 100% à 50% entre le 22 septembre et le 20 octobre 2015, mais seulement en considération de la profession antérieure de chauffeur de taxi. Pour le surplus, le spécialiste en question a défini le profil de l'activité adaptée exigible, tout en refusant d'articuler des taux précis pour une telle activité au motif que son patient ne voulait pas changer de métier.

Il résulte donc de l'ensemble de ces appréciations, qu'à la différence du second ORL, tous les autres médecins impliqués dans le traitement des troubles dont se plaint le recourant ont uniquement attesté des incapacités de travail en fonction de l'activité de chauffeur de taxi. Ils ne se sont pas prononcés sur le taux d'activité exigible dans l'exercice d'une activité adaptée, mais n'ont pas exclu cette hypothèse. En connaissance du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, un médecin de famille ou un spécialiste traitant aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3), ce mutisme des médecins traitants ne peut qu'être interprété en tant que reconnaissance d'une capacité de travail pour des activités adaptées, compatibles avec l'éventualité d'apparition imprévisible de crises de vertiges.

5.3.3 En outre, la spécialiste en neurologie qui a mené l'expertise mandatée par l'assurance perte de gain, tout en qualifiant le diagnostic de vertige d'atteinte avec répercussion sur la capacité de travail en tant que chauffeur de taxi, a aussi conclu à une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Il est vrai que l'experte s'est prononcée en fonction de sa spécialité et a réservé une appréciation otologique de suivi pour investiguer une éventuelle capacité dans la profession de chauffeur de taxi et pour préciser le profil d'activité idéale. Il faut toutefois relever qu'elle a pris en considération toutes les anomalies établies non seulement par son propre examen du 6 décembre 2014, mais encore par l'ensemble des documents déjà rassemblés par le généraliste traitant qu'elle avait à disposition (urgences hospitalières, angiologie, premier spécialiste ORL, cardiologie, IRM) et qu'elle n'a inventorié des atteintes objectives susceptibles

d'expliquer les maux que sur le plan otologique. On ne saurait donc suivre l'avis du recourant lorsqu'il nie toute force probante à ce rapport du simple fait de la spécialisation de l'experte. Les conclusions de cette dernière sont d'autant plus convaincantes qu'elles font la synthèse de toutes les données déjà recueillies.

5.3.4 Ces résultats médicaux convergents (hormis celui de second spécialiste ORL) tendant à des troubles d'intensité modérée sont en plus aussi corroborés par certains indices ressortant des déclarations et comportements du recourant. Ainsi, tant à l'égard du collaborateur de l'assureur perte de gain le 29 août 2013 que de la neurologue chargée de l'expertise le 6 décembre 2013, le recourant a affirmé que son état s'était amélioré. Au collaborateur de l'assureur, lui et son épouse ont décrit des malaises réguliers, moins intenses que le premier mais pratiquement journaliers, notamment sous la douche. Devant l'experte, il a prétendu avoir connu deux autres attaques de vertiges, une en mai et une en juillet 2013, cependant moins fortes que la première. Les symptômes mentionnés sont décrits de façon fluctuante: vertiges rotatoires ou non, semblant parfois liés à la tension artérielle, parfois à des atteintes cervicales exacerbées par la rotation de la tête, parfois à des troubles de la vue, parfois à des atteintes otologiques, tantôt accompagnés d'une brève perte de connaissance, tantôt de céphalées et nuchalgies et/ou acouphène, tantôt de vomissements, tantôt de forte sudation. Or, de tels symptômes, d'une intensité susceptible d'entraîner une incapacité excluant toute activité professionnelle sur une durée de plusieurs mois, sont incompatibles avec le fait que le recourant est parti en vacances dans son pays en juillet 2013, que ce soit dans une voiture conduite par sa fille et sa femme (ainsi que déclaré à l'assureur perte de gain) ou seul en avion (selon ce que l'experte rapporte et qui est étonnant pour une personne atteinte de trouble de l'oreille interne). Ils ne se concilient pas non plus avec les travaux ménagers que le recourant a déclaré continuer d'assumer à l'égard de l'assureur (ce qu'il a certes démenti face à l'experte), ni avec la reprise, même à titre privé, de la conduite automobile, que le recourant aurait de nouveau abandonnée suite à l'accident léger avec une motocyclette s'étant produit en juillet 2013, incident qu'il a mis en relation avec ses vertiges. Il faut aussi noter, selon ce que rapporte le second spécialiste ORL (qui lui-même utilise les termes

"doctor shopping"; rapport du 15 mars 2015 p. 2), que le recourant a choisi de se faire suivre par ce dernier, pratiquant du reste dans une toute autre région, parce que le premier praticien lui avait reconnu sans base sérieuse une trop haute capacité de travail en décembre 2014.

5.3.5 Cela étant, la dernière évaluation du 29 juin 2016 du médecin interniste du SMR, qui procède du suivi et de la synthèse du dossier depuis début 2014, y compris de la discussion des évaluations du second spécialiste ORL, s'inscrit parfaitement dans le contexte décrit ci-dessus. Cette évaluation reprend à son compte l'appréciation du second spécialiste ORL (complétée par celle du spécialiste de la douleur) d'une incapacité de travail totale du 4 avril 2014 au 19 octobre 2015, puis de 50% dès cette date et nulle dès début 2016, mais uniquement dans le métier de chauffeur de taxi. Dans une activité adaptée, en accord avec la formulation des constats des médecins impliqués autres que le second spécialiste ORL et au vu du caractère non concluant de l'évaluation de ce dernier sur ce point (c. 5.3.1 notamment), une capacité totale de travail est reconnue, sans interruption notable, depuis le 1^{er} septembre 2013. Au surplus, le profil d'exigibilité décrit par le SMR dès le 22 juillet 2014 a encore été adapté à celui préconisé par le spécialiste de la douleur (c. 3.2; emploi ne nécessitant pas de soulever et porter des charges ni d'effectuer des travaux au-dessus de la tête ou sur des échelles, et tenant compte d'une limitation de 50% s'agissant des mouvements de rotation de la tête). Cette appréciation est d'autant plus convaincante qu'elle remplit les conditions posées par la jurisprudence pour admettre la fiabilité des rapports du SMR (c. 2.3 et 5.1). En particulier, elle consiste précisément en une évaluation d'un état médicalement établi par divers spécialistes qui n'exige pas la confrontation directe entre le médecin du SMR et l'assuré (TF 9C_323/2009 du 4 juillet 2009 c. 4.3.1) et qui relève tout à fait des compétences d'un spécialiste en médecine interne, médecine physique et réhabilitation. Contrairement à ce qu'avance le recourant, la fiabilité de l'appréciation du SMR n'est en rien affaiblie du fait que la capacité de travail dans l'activité de chauffeur de taxi n'a pas été expressément exclue dès les premiers rapports de synthèse (et même admise sous réserve). Cette ambiguïté résultait des appréciations des médecins traitants, qui, aussi par égard aux préférences de leur patient, ne voulaient pas

abruptement exclure cette perspective. Du point de vue de l'AI, compte tenu de la capacité de travail subsistant même en présence de troubles de l'équilibre, la question d'une reprise du métier de chauffeur de taxi pouvait être reléguée au second plan. Des investigations médicales supplémentaires, telle une expertise, sont en l'espèce superflues. Elles le sont d'autant plus que le psychiatre traitant lui-même a nié dès l'abord tout diagnostic significatif relevant de sa spécialité. Son appréciation exclut en soi l'application de la grille d'évaluation normative et structurée applicable en présence de troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). En conclusion, il y a lieu de constater, avec une vraisemblance prépondérante, que le recourant a souffert d'un trouble ayant certes provoqué une incapacité de travail (passagère), mais d'une intensité et d'une durée insuffisantes pour justifier une invalidité. L'avis de synthèse du SMR sur lequel l'intimé s'est fondé revêt une valeur probante entière.

6.

6.1 L'âge avancé, même s'il consiste en un facteur étranger à l'AI, est néanmoins considéré comme un élément qui, associé à d'autres considérations personnelles et professionnelles, peut conduire à ce que la capacité de gain encore reconnue à une personne assurée ne soit réellement plus recherchée sur un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit dès lors plus exigible de cette personne, même en vertu de son obligation de se réadapter personnellement (ATF 138 V 457 c. 3.1). En l'occurrence, le recourant, dans la mesure où il n'en était pas conscient lui-même, avait déjà été rendu attentif à l'incompatibilité de la profession de chauffeur de taxi avec ses troubles vertigineux dès les premières consultations médicales à raison de la première crise du 4 avril 2013. Il avait 58 ans lorsque le dernier rapport du SMR du 29 juin 2016 a été établi, sur la base duquel l'intimé a rendu la décision contestée (moment ici déterminant, au plus tard, pour juger de l'exigibilité de reprise d'une activité lucrative à raison de l'âge: ATF 138 V 457 c. 3.3). Or, la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) a retenu qu'une personne âgée de 59 ans était encore objectivement susceptible d'être engagée par un employeur potentiel (TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 c. 3.2.3). Dans

ces circonstances, même si l'on peut penser que la recherche d'un emploi ne sera pas très aisée pour le recourant, qui dispose certes d'une expérience polyvalente, mais seulement d'une patente de restauration comme formation reconnue en Suisse, il faut admettre que sa situation ne constitue pas un obstacle insurmontable pour trouver une place sur un marché équilibré du travail. Ses limitations, même au regard de l'ensemble de sa situation, ne permettent pas d'évoquer une activité possible uniquement sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pas ou qu'elle nécessiterait des concessions irréalistes de la part d'un employeur moyen, et que de ce fait, il semble d'emblée exclu de trouver un emploi correspondant (SVR 2011 IV n° 6 c. 4.2.4, 2008 IV n° 62 c. 5.2).

6.2 S'agissant du grief du recourant selon lequel l'intimé ne lui a pas alloué de mesures professionnelles de réadaptation et qu'il serait de ce fait inadmissible de calculer son revenu d'invalidé sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), il faut rétorquer que d'après la jurisprudence en matière d'AI, il existe un principe général selon lequel une personne invalide doit entreprendre tout ce qui est exigible pour atténuer au mieux les conséquences de son invalidité avant de requérir des prestations. C'est pourquoi il n'y a pas de droit à la rente, si la personne est raisonnablement capable d'obtenir un revenu excluant toute rente, sans mesure de réadaptation (art. 21 al. 4 LPG; ATF 138 I 205 c. 3.2, 113 V 22 c. 4a; SVR 2007 IV n° 1 c. 5.1). En l'occurrence, le recourant a commencé une formation universitaire en pharmacie dans son pays, réside en Suisse depuis de nombreuses années, a de bonnes connaissances de français et d'allemand, est titulaire d'une patente de restauration et a occupé de nombreux emplois dans la restauration et la vente avant de se mettre à son compte comme chauffeur de taxi. Sous l'angle de son obligation de diminuer le dommage, confronté à ses crises de vertiges, le recourant ne pouvait pas attendre pendant des mois et des années l'épuisement de toutes les formes de thérapies envisageables (dans l'espoir de reprendre son métier de chauffeur de taxi) avant de rechercher un emploi, le cas échéant provisoire, compatible avec ses atteintes. Contrairement à ce qu'il prétend, ne serait-ce que dans les domaines d'activités qu'il a déjà

pratiqués (restauration, service et vente, p. ex.), il existe manifestement des emplois conciliables avec des troubles de l'équilibre et ne présentant pas plus de risques à cet égard que les activités de la vie quotidienne et du ménage. Dans la mesure où l'activité exigible de la part du recourant, telle qu'elle a été définie par le SMR, ne nécessite pas de formation particulière et où le revenu d'invalidé selon l'ESS retenu par l'intimé correspond à une activité physique ou manuelle simple sans formation (ESS 2012, table TA1, hommes, niveau 1), duquel un abattement de 15% a encore été retranché en raison des handicaps du recourant, on ne distingue pas en quoi le peu de formation certifiée du recourant et l'absence d'octroi de mesures professionnelles interdiraient la prise en compte d'un tel revenu d'invalidé sur la base de l'ESS. Le recourant dispose indéniablement de bonnes capacités d'adaptation pour occuper un emploi compatible avec son état de santé et n'exigeant pas de formation spécifique.

7.

7.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). Rapport de son service des enquêtes à l'appui, pour arriver au constat qu'il n'existait pas d'invalidité, l'Office AI Berne, en appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus, a pris en compte, indexés à 2014, d'une part, un revenu de valide annuel de Fr. 32'643.- déduit de la comptabilité de l'assuré et, d'autre part, un revenu d'invalidé annuel de Fr. 56'210.- découlant de l'ESS. De l'avis du recourant, eu égard au fait qu'il n'est pas exigible de sa part qu'il change d'activité, son invalidité équivaut au taux de son incapacité de travail en tant que chauffeur de taxi.

7.2 En l'espèce, c'est à raison que l'intimé a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus, dès lors qu'il ne fait aucun doute que le recourant travaillerait à plein temps s'il était en bonne santé, et a

procédé à la comparaison des revenus en fonction de l'année 2014 (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222; voir ci-dessus c. 4.3).

7.3 En ce qui concerne le revenu sans invalidité, si les gains réalisés jusqu'à la survenance de l'invalidité présentent des fluctuations importantes à relativement court terme, il y a alors lieu de déterminer le revenu moyen sur une plus longue période (SVR 2017 IV n° 6 c. 4.6.2, 2014 UV n° 1 c. 4.2). L'intimé s'est donc basé à juste titre sur la moyenne, indexée à 2014, des revenus du recourant (bénéfices d'exploitation découlant de sa comptabilité majorés des cotisations AVS payées pendant la période concernée) pour les trois années précédant celle de la survenance de l'incapacité de travail (2010-2012), à savoir Fr. 32'172.-, débouchant, après indexation, à un montant de Fr. 32'643.- (indices des salaires nominaux selon la table T39 de l'OFS, hommes: 2012: 2188; 2014: 2220; table consultable sur le site internet www.bfs.admin.ch; voir rapport d'enquête du 30 mars 2016).

7.4 Pour déterminer le revenu (hypothétique) d'invalidé, l'intimé s'est à bon droit fondé sur l'ESS (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). Selon l'ESS 2012, le montant du revenu annuel à prendre en compte est de Fr. 62'520.- (table TA1, total, hommes, niveau 1, Fr. 5'210.-, 12 fois l'an; table consultable sur le site internet www.bfs.admin.ch). Indexé à 2014 (d'après la table T39 précitée), ce revenu annuel est de Fr. 63'434.-. Ce résultat doit encore être adapté au temps de travail hebdomadaire usuel en 2014, soit 41,7 heures (ATF 126 V 75 c. 3b/bb; statistique de durée normale du travail [DNT] également accessible à partir du site internet de l'OFS), ce qui correspond à un salaire hypothétique d'invalidé de Fr. 66'129.-. Pour tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, l'Office AI Berne a retranché un abattement de 15% en raison des restrictions admises par le SMR. Ce faisant, par rapport au taux maximal d'abattement de 25% reconnu par la jurisprudence, l'intimé n'a à tout le moins pas outrepassé son pouvoir d'appréciation (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). Le revenu d'invalidé à prendre en compte est ainsi ramené à Fr. 56'210.-, ce qui est supérieur au revenu

sans invalidité de Fr. 32'643.- défini plus haut (c. 7.3). Il s'ensuit qu'en vertu de l'absence de perte de gain qui résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, le recourant ne peut prétendre à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité obtenu étant négatif.

Compte tenu des déclarations faites au Service des enquêtes de l'intimé et aussi à plusieurs de ses médecins, il faut admettre que le recourant, en bonne santé, se serait selon toute probabilité contenté de continuer à exercer durablement son activité indépendante de chauffeur de taxi, quand bien même elle ne lui rapportait pas un revenu correspondant à la moyenne statistique des revenus réalisables dans d'autres emplois à sa portée. Il ne se justifie dès lors pas de procéder au parallélisme des deux revenus à comparer. Cette correction ne doit être opérée que si la personne assurée réalisait un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. manque de formation scolaire ou professionnelle ou encore de connaissances linguistiques), sans que cela résulte d'un choix délibéré (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1 et 3.4.6; TF 8C_141/2016, 8C_142/2016 du 17 mai 2016 c. 5.2.2). Quoi qu'il en soit, même si l'on procédait à un ajustement du montant du revenu sans invalidité de chauffeur de taxi aux 95% du revenu d'invalidité découlant de l'ESS, compte tenu de la capacité entière de travail du recourant dans une activité adaptée, et même si, ce qui est douteux, l'on admettait également l'abattement dans cette hypothèse, le seuil de 40% d'invalidité ouvrant le droit à une rente ne serait de loin pas atteint (ATF 135 V 297 c 5.3, 6.1.2 , 6.1.3 et 6.2, 134 V 322 c. 5.2 et 6.2).

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'Office AI Berne, dans sa décision du 2 septembre 2016, a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. Partant, le recours doit être rejeté.

8.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

8.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).