

200.2019.242.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 11 août 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, 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 22 février 2019



En fait:

A.

A. _____, né en 1953, divorcé, sans enfant à charge au moment des faits ici déterminants, est titulaire d'un CFC d'installateur sanitaire et a été engagé en tant que responsable de service après-vente à 100% jusqu'au 31 janvier 2012 (date pour laquelle son employeur a mis fin aux rapports de travail). Il a ensuite perçu des prestations de l'assurance-chômage.

Dans le contexte d'une période d'incapacité de travail essentiellement à 100% attestée dès janvier 2011 et par un formulaire daté du 24 juin 2011 (reçu le 5 juillet 2011 par l'Office AI Berne), l'assuré, par l'assurance-maladie perte de gain de son employeur, a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en mentionnant souffrir d'une dépression.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements du médecin traitant, de la caisse de chômage, de l'employeur, ainsi que de l'assureur-maladie perte de gain de ce dernier. Il a ensuite alloué une aide au placement, puis une mesure d'observation professionnelle du 10 juin au 29 septembre 2013 auprès d'un centre de formation et d'intégration socioprofessionnelle, qui a délivré un rapport le 27 septembre 2013. La mesure a ensuite été prolongée jusqu'au 3 novembre 2013. Après avoir complété le dossier médical de l'assuré, l'Office AI Berne a sollicité l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), puis diligenté une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, orthopédie et psychiatrie/psychothérapie) auprès d'un centre d'expertises médicales agréé, à savoir celui de C. _____, dont les conclusions ont été rendues le 19 septembre 2014. Dans l'intervalle, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles. Sur conseil du SMR, il a encore organisé une expertise pneumologique et obtenu un rapport y relatif, du 19 mai 2015, de même qu'un complément à celui-ci, du

18 décembre 2015. En raison d'objections formulées le 3 mai 2016 par l'assuré, désormais représenté par un avocat, contre une préorientation du 24 mars 2016, qui envisageait de nier le droit à une rente, puis le 19 décembre 2016, ainsi que les 6 juin, 6 juillet et 20 septembre 2017, contre des préorientations du 14 novembre 2016 (accordant un quart de rente depuis le 1^{er} mars 2012), respectivement du 28 avril 2017 (allouant un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2012), l'Office AI Berne a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (en orthopédie et en pneumologie) dans un deuxième centre d'expertises médicales (D. _____ à E. _____). Sur la base des conclusions de cette dernière, du 13 septembre 2018, l'Office AI Berne a délivré une préorientation datée du 17 octobre 2018, selon laquelle allaient être alloués (hormis la période d'octroi d'indemnités journalières) un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2012 et une rente entière dès le 1^{er} mai 2016.

C.

Nonobstant les objections déposées le 15 novembre 2018 par le recourant, toujours représenté, à l'encontre de la préorientation précitée, l'Office AI Berne a confirmé cette dernière par décision du 22 février 2019.

D.

Par mémoire de son avocat, du 26 mars 2019, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée depuis le 1^{er} janvier 2012, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouveau calcul du degré d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2016, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 3 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant a répliqué le 28 mai 2019 et confirmé ses conclusions en prétendant en plus à des dépens pour la procédure de préavis. L'intimé en a fait de même aux termes d'une duplique du 24 juin

2019. L'avocat du recourant a finalement produit sa note d'honoraires le 17 juillet 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision du 22 février 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et accorde un quart de rente d'invalidité au recourant depuis le 1^{er} janvier 2012, puis une rente entière dès le 1^{er} mai 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée à partir du 1^{er} janvier 2012, ainsi que, subsidiairement, sur l'octroi d'au moins une demi-rente du 1^{er} janvier 2012 au 31 janvier 2016 (voir art. 14 in fine du recours), ou sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouveau calcul du degré d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2016. Sont particulièrement critiquées par le recourant l'absence de prise en considération par l'intimé de l'incapacité de travail retenue par l'expert psychiatre et l'insuffisance de l'abattement pris en compte dans le calcul de l'invalidité.

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; SVR 2019 IV n° 33 c. 3.2).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). 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).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en

relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

2.4 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, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a RAI (ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2019 IV n° 2 c. 2). 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 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). 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).

2.5 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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

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

contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans l'acte attaqué, l'intimé a relevé que le droit à la rente s'était éteint au 1^{er} juin 2018 (âge donnant droit à une rente de l'AVS). Puis, il a affirmé que jusqu'en janvier 2016, le recourant était à même d'assumer à 100% une activité légère à moyennement lourde, sans position fixe du tronc, ni mouvements répétitifs des bras au-dessus de la tête et sans port/soulèvement de charges de plus de 10 kg. Il a ajouté qu'il en allait de même, cependant à 50%, durant la période du 1^{er} août 2016 au 30 avril 2017. En revanche, il a retenu qu'aucune activité ne pouvait être exigée du 1^{er} février au 31 juillet 2016 et dès le 1^{er} mai 2017. Il a ensuite déterminé le taux d'invalidité du recourant en comparant le revenu qu'il pourrait percevoir dans une activité adaptée (sur la base de données statistiques, après adaptation à la durée normale du travail dans les entreprises [DNT] et prise en compte d'un abattement de 5%) avec la moyenne des revenus des 5 dernières années en tant que responsable de service après-vente. Un revenu d'invalidé nul a été retenu, s'agissant des périodes durant lesquelles aucune activité n'était exigible. Partant, l'intimé a arrêté le taux d'invalidité à 47% du 1^{er} janvier 2012 au 31 janvier 2016, à 100% du 1^{er} février au 31 juillet 2016, à 74% du 1^{er} août 2016 au 30 avril 2017 et à 100% dès le 1^{er} mai 2017. Il a aussi confirmé la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire mais expliqué que l'évaluation de l'incapacité de travail à 50% proposée par l'expert psychiatre ne pouvait être suivie juridiquement, son diagnostic étant passager et influencé par des facteurs psycho-sociaux. De plus, il a noté qu'aucune résistance thérapeutique ou à la réadaptation professionnelle n'était établie, de même qu'aucun trouble de la personnalité ou retrait social. L'intimé a aussi relaté que le recourant possédait des ressources personnelles (accomplissant des activités ménagères et de loisirs). Il a encore contesté qu'un abattement de 25% soit justifié et s'en est tenu à celui retenu, de 5%, déjà généreux. L'intimé a

ainsi accordé un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2012 et une rente entière dès le 1^{er} mai 2016.

3.2 Dans son recours, l'intéressé a contesté que l'incapacité de travail attestée par l'expert psychiatre ne puisse être retenue sur le plan juridique. Il a rappelé avoir subi une profonde dépression en fin 2010, qui a d'ailleurs perduré et souligné que, comme cet expert, ses médecins avaient tous diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée dès 2010. Le recourant a aussi relevé qu'en fin 2011/début 2012, son psychiatre/psychothérapeute avait même retenu un trouble dépressif majeur, diagnostic ensuite confirmé dans l'expertise de 2014. Partant, il a conclu que ses dépressions ne devaient pas être qualifiées de légères ou moyennes mais en tant que trouble dépressif important et invalidant. Il a de plus relaté que les facteurs psycho-sociaux étaient seulement secondaires et il a nié que ses troubles aient uniquement été provoqués par la perte de son emploi, l'expertise n'ayant pas retenu cette conclusion et ceux-ci s'étant manifestés avant le licenciement. Le recourant a en outre remis en cause la pertinence des critères pris en compte par l'intimé, soit que sa tristesse n'était pas constamment visible, qu'il n'était pas coupé du monde et présentait encore des ressources puisqu'il s'occupait de son jardin, de sa maison, de son ménage et accomplissait des activités de loisirs. Il a également démenti avoir exagéré ses difficultés ou fait preuve d'un manque de volonté fautif. Aussi, le recourant a signalé qu'il était contradictoire de retenir qu'il était capable de réintégrer le marché du travail à 100% dans une activité adaptée alors que l'intimé avait mis fin aux mesures professionnelles le 8 janvier 2014, en retenant que son état de santé ne permettait pas de telles mesures. Le recourant a dès lors conclu qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2012. Il a ajouté que l'intimé devait aussi tenir compte de son âge actuel et de ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'un abattement de 25% devait être admis et qu'un droit à une demi-rente devait à tout le moins être garanti.

3.3 L'intimé a répondu que le recourant ne remettait pas en cause le caractère probant de l'expertise de 2014 et du rapport du centre de formation, ajoutant que l'intéressé faisait seulement valoir son appréciation subjective des indicateurs. L'intimé a aussi rappelé qu'il avait uniquement

constaté que l'état de santé ne permettait pas d'envisager des mesures professionnelles pour le moment. De même, il a contesté n'avoir pas suivi la recommandation de ce centre, évoquant avoir alloué une observation professionnelle puis jugé nécessaire d'analyser davantage la situation médicale. Enfin, l'intimé a relevé que l'âge du recourant n'influçait pas le taux de l'abattement et qu'on ne pouvait par ailleurs admettre une double prise en compte des limitations fonctionnelles.

3.4 Dans sa réplique, le recourant a confirmé qu'il ne contestait pas la force probante des rapports d'expertise et du centre de formation, au contraire de l'expertise pneumologique du 19 mai/18 décembre 2015, dont les conclusions étaient en contradiction avec l'ensemble du dossier. Le recourant a aussi contesté avoir fait valoir une appréciation subjective des indicateurs. Il a encore avancé que le "Protokoll per 03.05.2019", produit par l'intimé, démontrait que le cas avait été transmis pour examen du droit à la rente, au motif que l'état de santé ne permettait pas d'envisager des mesures professionnelles, soulignant que même si la décision du 8 janvier 2014 concluait que l'état de santé ne permettait pas de telles mesures "pour le moment", l'intimé n'avait plus jamais examiné le droit à celles-ci. De même, le recourant a rappelé n'avoir pas réussi à reprendre une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2012 et répété que son âge, ses capacités linguistiques, son taux d'occupation, ses années de service et ses limitations fonctionnelles devaient être pris en compte, s'agissant du taux d'abattement. Enfin, il a reproché un comportement déloyal de l'intimé, du fait que ce dernier avait affirmé, dans la décision entreprise et sans citer de référence, qu'au vu de la jurisprudence, les troubles de l'adaptation ayant entraîné une réaction dépressive prolongée ne revêtaient pas un caractère invalidant et qu'aucun abattement n'était reconnu pour les emplois du niveau de compétence 1. Il a donc réclamé des dépens pour la procédure d'opposition, ce qu'il a confirmé dans un envoi du 17 juillet 2019, dans lequel il a en particulier ajouté que l'attitude de l'intimé était téméraire.

3.5 Dans sa duplique, l'intimé a écrit que l'expertise de 2014 était postérieure à la communication du service de réadaptation évoquée par le recourant et que la première reposait sur une anamnèse professionnelle complète, si bien qu'elle l'emportait sur la seconde. L'intimé a aussi déclaré

qu'il n'incombait pas aux médecins de décider en dernier lieu du droit aux prestations et rappelé qu'il appartenait d'abord à l'assuré d'entreprendre des démarches pour s'intégrer sur le marché du travail, l'impossibilité d'utiliser la capacité de travail résiduelle ne devant être admise que si le marché du travail équilibré ne la permettait pas. Or, il a relevé que des emplois de niche dans un cadre bienveillant existaient sur ce marché. Enfin, il a expliqué que la conclusion du recourant tendant à l'octroi de dépens était irrecevable car tardive et étrangère à l'objet de la contestation.

4.

Le dossier permet de constater les éléments médicaux suivants.

4.1 Le 18 juillet 2011, un psychiatre/psychothérapeute traitant le recourant a posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif majeur, épisode isolé (depuis l'hiver 2011; ch. F32 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Il a mentionné que l'activité exercée n'était plus exigible et que le rendement était totalement réduit. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le 11 mars 2011, pour une durée indéterminée. Le 31 octobre 2011, ce spécialiste a confirmé son diagnostic mais ajouté que l'état de santé était en voie d'amélioration, la fatigabilité étant moins importante. L'incapacité totale de travail a été réduite à 70% à partir du 1^{er} novembre 2011 et le pronostic a été réservé (voir aussi dossier [dos.] AI 21/4). Dans un rapport du 30 janvier 2012, le spécialiste a encore informé que le diagnostic précité était en rémission, confirmant une régression de la symptomatologie dépressive. Il a attesté une incapacité de travail à 100% du 11 mars 2011 au 31 janvier 2012. Enfin, d'après un écrit de ce spécialiste, du 24 février 2012, le recourant a été jugé apte au travail dès le 1^{er} février 2012 et aucune limitation fonctionnelle n'a été signalée.

4.2 Dans le rapport du centre de formation, du 27 septembre 2013, ce dernier a indiqué que le taux de présence moyen durant la mesure avait été de 75%, des absences étant surtout intervenues suite à un infarctus (recte: spasme œsophagien; dos. AI 42/2 s.) et à une sciatique. Une

fragilité physique a été évoquée en lien avec ces affections, de même que psychologique, du fait d'un burn-out en janvier 2011. Les aptitudes intellectuelles et liées au comportement ont été jugées bonnes, des difficultés de concentration et une certaine confusion ayant cependant été relevées. Une limitation a encore été constatée, s'agissant de la résistance au stress et de la charge nerveuse, ainsi qu'en relation avec les aptitudes motrices, ce en raison de l'âge, de problèmes de dos et d'une fatigabilité importante. Selon cet écrit, le recourant s'est montré motivé, volontaire et collaborant. La qualité des prestations a toutefois été jugée fluctuante, à cause de l'état de santé. Partant, il a été retenu que le recourant n'était pas prêt pour réintégrer un poste dans le marché du travail et qu'il avait encore besoin de temps pour retrouver pleinement ses capacités professionnelles, de sorte qu'un réentraînement progressif au travail a été conseillé.

4.3 Le 14 octobre 2013, le psychiatre/psychothérapeute traitant a encore retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif majeur récurrent (depuis l'hiver 2011; ch. F33 CIM-10), en mentionnant, en plus des constatations évoquées dans son premier rapport, un retrait social, une irritabilité, de même qu'un manque de plaisir aux choses de la vie. Ce médecin a constaté une baisse des performances et du rendement, soulignant que les remarques et propositions découlant du rapport précité, du 27 septembre 2013, lui apparaissaient particulièrement pertinentes. L'activité exercée a été jugée inexigible et le rendement réduit entièrement. Le pronostic a été fortement réservé.

4.4 Mandatés par l'intimé afin de réaliser une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, en chirurgie orthopédique et en psychiatrie/psychothérapie), les trois spécialistes du centre désigné ont délivré leur rapport le 19 septembre 2014. Sur le plan de la médecine interne, aucune plainte spontanée n'a été relevée. A l'anamnèse systématique, une dyspnée d'effort traitée et un trouble de la marche sont notamment évoqués. L'examen a révélé un fort soupçon d'emphysème pulmonaire avec réduction du murmure vésiculaire. Le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) très sévère (ch. J44.9 CIM-10), depuis 2013 a dès lors été retenu. Quant au volet orthopédique, il a conduit au constat que la capacité de

travail était complète dans toute activité tenant compte du fait que l'utilisation en force, en mobilité maximale ou en porte-à-faux du rachis dorso-lombaire était contre-indiquée. Partant, aucun diagnostic n'a été retenu. Quant à l'examen psychiatrique et psychothérapeutique, il a abouti au diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 CIM-10). L'expert psychiatre a écrit qu'il s'agissait d'une symptomatologie résiduelle d'une dépression plus sévère qui avait profondément modifié le recourant et son existence. Il a ajouté que ce dernier présentait un état de détresse et de perturbation émotionnelle, dont les composantes étaient liées à un facteur de stress spécifique, soit l'incapacité de se réinsérer dans le monde du travail depuis plusieurs années. Une capacité de travail à 100% a été attestée avec un rendement diminué de 50%. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont confirmé leurs diagnostics et expliqué que, dès le 1^{er} mars 2014, en lien avec la BPCO, tout travail comportant des efforts était exclu et que seules des activités très légères et non répétitives pouvaient être exercées avec une limitation de charges à un niveau très léger (5 kg) et non répétitif, en position essentiellement assise, sans déplacement rapide ni utilisation d'escaliers et d'échelles, sans mouvement des bras au-dessus des épaules et dans un environnement exempt de poussière ou de fumée, de même que sans exposition aux intempéries, l'utilisation du rachis dorso-lombaire en force ou en mobilité maximale, ainsi qu'en porte-à-faux n'étant pas possible. Quant au diagnostic psychiatrique, les experts ont indiqué qu'il se manifestait par une humeur à dominante dépressive et par une anxiété assez significative, le recourant présentant un état de détresse et de perturbation, de même que des difficultés adaptatives. Une activité sans stress a donc été conseillée. Les experts ont finalement conclu que le recourant pouvait exercer une activité adaptée avec une diminution de rendement de 40% liée aux problèmes ventilatoires (en raison d'un besoin de pauses accru et d'absentéisme), de même qu'avec une réduction de rendement de 50% du fait des problèmes psychiques, aucune perte de rendement ne devant toutefois se manifester dans une activité à 50%.

4.5 Par une spécialiste en psychiatrie/psychothérapie, le SMR s'est déterminé le 21 avril 2015 et a recommandé un consilium externe en

pneumologie. Le 19 mai 2015, un spécialiste en médecine interne et maladies pulmonaires a dès lors retenu les diagnostics de pneumopathie chronique obstructive de stade 2, de légère insuffisance respiratoire partielle et d'emphysème pulmonaire centro-lobulaire. Ce spécialiste a expliqué que le recourant avait dû être hospitalisé du 3 au 8 janvier 2015 du fait d'une grave exacerbation de la BPCO, produisant un rapport d'un hôpital régional, du 9 janvier 2015, dans lequel le diagnostic principal de décompensation d'une BPCO sur sepsis pulmonaire à germe indéterminé avait été posé. Le spécialiste a encore nié tout signe d'embolie pulmonaire (dos. AI 67/9) et indiqué qu'un spécialiste en pneumologie et en médecine interne avait pris en charge le recourant et réalisé une bronchoscopie n'ayant pas révélé d'anomalie (dos. AI 67/8). Il a aussi rapporté que le recourant avait cessé de fumer en janvier 2015 (dos. AI 67/6) et que la situation, qui s'était significativement détériorée durant les derniers mois, était désormais stable. Il a conclu à une invalidité médico-théorique d'à peine 50% et expliqué que le recourant était capable d'exercer des travaux légers (voir dos. AI 68/1). Enfin, le 18 décembre 2015, sur questions ciblées de l'intimé, il a précisé que le recourant était apte à travailler à 50% dans son ancienne activité et à 100% dans une activité adaptée (légère).

4.6 Avec ses objections du 3 mai 2016, le recourant a produit des rapports d'un spécialiste en neurochirurgie d'un centre du dos, dont il ressort que l'intéressé a subi une sensible aggravation de ses douleurs dorsales, le diagnostic de syndrome lombaire chronique en présence de segments dégénératifs L5/S1 avec spondylolyse L5 et discopathie dégénérative lombo-sacrée ayant alors notamment été retenu. Après deux infiltrations ayant pratiquement mis fin aux douleurs durant 6 semaines, une opération a alors été pratiquée le 23 février 2016 (fusion inter-corporelle et spondylodèse au niveau de la jonction lombo-sacrée; dos. AI 75/15, 75/17, 75/19 et 75/21). Le 22 août 2016, le spécialiste a toutefois fait part de la persistance des douleurs, retenant le diagnostic de syndrome lombaire persistant avec composants neuropathiques L5 à gauche. Il a finalement exclu tout signe de dislocation, de pseudarthrose ou de relâchement des vis ou implants, ce qu'il a rapporté le 2 septembre 2016.

4.7 Le 6 septembre 2016, une spécialiste en orthopédie du SMR a indiqué que les documents produits le 3 mai 2016 permettaient uniquement d'admettre une brève modification de l'état de santé (de 3 mois), après l'opération du 23 février 2016. Selon cet avis, le recourant a retrouvé sa mobilité pour une activité adaptée dès la fin mai 2016. Cette spécialiste a donc confirmé la validité du profil d'exigibilité retenu dans l'expertise pluridisciplinaire. La spécialiste en psychiatrie/psychothérapie du SMR a tiré la même conclusion le 7 septembre 2016. Sous l'angle pneumologique, elle a encore nié toute aggravation justifiant une modification du profil d'exigibilité, en expliquant que si la situation était si mauvaise du point de vue pulmonaire, elle aurait constitué un problème, s'agissant de l'opération du 23 février 2016, lors de laquelle le recourant a été intubé.

4.8 Le 15 novembre 2016, un second spécialiste en neurochirurgie a posé le diagnostic de soupçon de problématique de segment rattaché L4/5 en présence d'un status après une spondylodèse L5/S1 le 23 février 2016. Dans son rapport, il a fait état d'une recrudescence des douleurs dans la région de l'intervention, 6 mois après celle-ci. Une nouvelle infiltration a été réalisée le 16 décembre 2016 (dos. AI 88/21 et 131.5/6) par un spécialiste en anesthésiologie et traitement invasif de la douleur. Cette mesure est toutefois restée sans effet (dos. AI 131.5/9). Après une infiltration pratiquée le 7 avril 2017 (dos. AI 131.5/5 et 131.5/7), qui a conduit à une importante mais brève amélioration (de 2 à 3 semaines), puis une radiofréquence linéaire le 13 juin 2017 (qui n'a produit qu'un soulagement de quelques semaines; voir dos. AI 103/2), ce spécialiste a posé le diagnostic de lumboglutéalgies chroniques dans un rapport du 16 juin 2017. Il y a indiqué que les douleurs devaient provenir des articulations sacro-iliaques, suite à l'opération de février 2016, avant de retenir, le 1^{er} septembre 2017, qu'elles n'étaient pas d'origine articulaire mais musculaire et que le recourant n'était pas capable de travailler dans cet état.

4.9 Le 29 mai 2017, après une hospitalisation du recourant du 22 au 26 mai 2017, l'hôpital régional précité a posé le diagnostic principal de décompensation de BPCO stade 3 (diagnostic différentiel: asthme-COPD-overlap), sur diagnostic différentiel: infectieuse VS allergique avec

hypoxémie sévère. Il a écrit que le recourant présentait en particulier une dyspnée au repos avec toux grasse inhabituelle et expectoration.

4.10 Suivant l'avis du SMR (dos. AI 108/3, voir aussi dos. AI 91/1-2), l'intimé a organisé une deuxième expertise dans un centre agréé, de nature bidisciplinaire, dont les conclusions ont été rédigées le 13 septembre 2018 par un expert orthopédiste et par un expert pneumologue. Dans le volet orthopédique, le premier a posé le diagnostic (impactant la capacité de travail) de syndrome douloureux lombo-vertébral chronique, sans symptomatologie irradiante selon l'anamnèse (ch. M54.5 CIM-10), ainsi que celui de status après reconstruction arthroscopique du tendon sus-épineux et sub-scapulaire, ténotomie du tendon du long chef du biceps et acromioplastie de modification de l'épaule gauche, le 27 mars 2018 (ch. Z98.8 CIM-10; voir également dos. AI 131.5/18-23). L'expert a conclu qu'en raison des problèmes lombaires, le recourant n'était plus en mesure d'exercer d'activité lourde, entraînant une charge pour le tronc (par exemple en position penchée prolongée ou exigeant des mouvements répétitifs des bras au-dessus de la tête) et impliquant de devoir porter ou soulever des charges de plus de 10 kg. Il a spécifié que ce profil d'exigibilité était au plus tard valable à partir d'octobre 2015. Dès l'opération du 23 février 2016, le recourant n'a en revanche, selon l'expert, plus été capable d'exercer la moindre activité pour une durée de 6 mois, après quoi il a pu à nouveau exercer une activité adaptée jusqu'à l'opération de l'épaule gauche, du 27 mars 2018. Ensuite, il n'a plus été capable d'exercer d'activité durant 4 à 6 mois. Quant à l'expert pneumologue, il a essentiellement retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de BPCO (ch. J44 CIM-10). Constatant un trouble ventilatoire obstructif sévère, l'expert a conclu que, du point de vue pneumologique, le recourant présentait une incapacité de travail à 100% depuis l'hospitalisation de mai 2017. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont confirmé leurs diagnostics et retenu que le recourant ne présentait aucune capacité de travail de février à juillet 2016, une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée d'août 2016 à avril 2017 et une incapacité de travail totale depuis mai 2017.

5.

Même si cet élément n'est pas contesté par les parties, il sied d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 19 septembre 2014 et de l'expertise bidisciplinaire du 13 septembre 2018.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, les expertises répondent aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en médecine interne, chirurgie orthopédique, psychiatrie/psychothérapie et pneumologie, ne sauraient être mises en doute. Ceux-ci ont par ailleurs procédé à un examen personnel du recourant (les 12 juin et 8 juillet 2014, de même que le 14 mai 2018), pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que les documents pertinents produits (dos. AI 63.1/3 s., 63/9 et 63/14, ainsi que 131.1/5 s., 131.1/9, 131.1/11 ss et 131.3/3). Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise (voir cependant c. 6.2 concernant l'évaluation des restrictions psychiques).

5.3

5.3.1 Sur le plan matériel, dans la première expertise, tridisciplinaire, l'expert en médecine interne a motivé de manière convaincante que le diagnostic de BPCO très sévère imposait au recourant (depuis le 1^{er} mars 2014, date de la décompensation infectieuse) des activités très légères,

exercées dans un environnement exempt de poussière et de fumée, sans efforts de soulèvement et de port de charges de plus de 5 kg, autres qu'occasionnels (dos. AI 63.1/19). Il a en effet tiré cette conclusion de façon compréhensible, après avoir constaté que le recourant présentait une dyspnée d'effort de stade 2 à 3 (dos. AI 63.1/7). Quant à l'expert en orthopédie, il a rapporté de manière logique que le recourant présentait une restriction au niveau du rachis dorso-lombaire et qu'il ne pouvait solliciter ce dernier par une force ou une mobilité maximale, de même que par des positions en porte-à-faux, relatant en particulier que le recourant avait éprouvé des douleurs lors de l'examen de la mobilité en inclinaison du rachis (dos. AI 63.1/12). Dans le volet psychique de l'expertise, le raisonnement de l'expert psychiatre apparaît également cohérent, à mesure que celui-ci a expliqué que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée se basait sur les constatations, selon lesquelles le recourant présentait des difficultés à supporter sa situation actuelle (incapacité à se réinsérer dans le monde du travail depuis des années), de même qu'une humeur à dominante dépressive, une anxiété significative, une composante anxieuse, de nervosité et d'irritabilité, entravant le fonctionnement et les performances sociales (dos. AI 63.1/7). Il a ainsi logiquement déduit que ce diagnostic justifiait une limitation des activités dans un environnement non stressant (dos. AI 63.1/17 et 63.1/20). Partant, l'évaluation interdisciplinaire, d'après laquelle, dans une activité adaptée, le recourant présentait une capacité de travail avec perte de rendement de 40% sur le plan physique (du fait d'un besoin de pauses accru et d'un risque d'absentéisme), de même que, sur le plan psychique, une capacité de travail avec perte de rendement de 50%, mais probablement aucune diminution de rendement dans une activité à 50%, est l'aboutissement d'un raisonnement étayé et compréhensible.

5.3.2 Quant à la deuxième expertise bidisciplinaire, le second expert en orthopédie s'est aussi montré crédible, en tant qu'il a posé le diagnostic de syndrome douloureux lombo-vertébral chronique et rappelé que le recourant souffrait de douleurs lombaires persistantes, irradiant dans la jambe gauche, que les infiltrations n'avaient pas permis d'atténuer durablement. Il a en effet souligné de façon convaincante (en se fondant sur des radiographies prises avant/après la spondylodèse) qu'il semblait

plausible d'attribuer les douleurs rapportées après l'opération aux vertèbres L4/5, dès lors qu'une spondylarthrose activée était visible sur ce segment avant l'intervention et que cette dernière avait augmenté les sollicitations dudit segment. C'est ainsi de manière logique qu'il a retenu que le recourant présentait une restriction durable de la capacité de charge de la colonne vertébrale lombaire. En outre, il s'est également prononcé rationnellement quant à son diagnostic se référant à l'opération de la coiffe des rotateurs du 27 mars 2018 et au traitement post-opératoire (favorable) alors en cours. Cet expert en orthopédie a donc retenu de façon sensée que la problématique liée au dos avait empêché l'accomplissement de tout travail impliquant une charge pour le rachis (notamment en position penchée, exigeant des mouvements répétitifs des bras au-dessus de la tête, de même que le port ou soulèvement de charges de plus de 10 kg), au plus tard dès octobre 2015 (voire quelques années auparavant; dos. AI 131.2/10). Il a aussi conclu de manière cohérente qu'aucune activité n'était plus exigible depuis la spondylodèse et durant une période post-opératoire de 6 mois. Enfin, il a logiquement indiqué que le recourant pouvait ensuite à nouveau exercer les activités adaptées au profil d'exigibilité susmentionné, jusqu'à la survenance de l'atteinte à l'épaule, qui empêchait toute activité durant 4 à 6 mois. S'agissant de l'avis de l'expert pneumologue, il sied également d'admettre qu'il est probant, en tant qu'il fait état d'une dyspnée à l'effort de stade 3, confirme le diagnostic de BPCO (qui avait déjà été posé dans la première expertise, voir aussi dos. AI 63.1/20) et conclut à une incapacité totale de travail depuis mai 2017 (suite à l'hospitalisation du recourant en raison d'une exacerbation de la BPCO, voir dos. AI 131.3/4). En effet, le second expert en orthopédie ayant aussi relevé que l'insuffisance respiratoire sévère était au premier plan (dos. AI 131.2/3), l'expert pneumologue a confirmé l'aggravation significative de la situation depuis 2015 (rapportée par le recourant; dos. AI 131.3/1), en évoquant les valeurs d'un examen pneumologique (dos. AI 131.3/2), ainsi qu'en mentionnant que la détérioration était survenue malgré que le recourant ait arrêté de fumer et qu'une oxygénothérapie à domicile ait été introduite (dos. AI 131.3/4). C'est ainsi de manière logique que les experts ont retenu, dans leurs conclusions interdisciplinaires, que le recourant avait présenté une incapacité de travail (somatique) de 6 mois depuis la fin février 2016, liée à la spondylodèse, qu'il était ensuite capable

de travailler à 50% dans une activité adaptée dès août 2016, puis qu'il ne présentait plus aucune capacité de travail, même dans une telle activité, dès mai 2017.

5.4 En conclusion, les expertises des 19 septembre 2014 et 13 septembre 2018 sont cohérentes, convaincantes et dépourvues de contradiction. Il sied donc de leur reconnaître une pleine valeur probante sur le plan médico-théorique. Aucun complément d'instruction n'est nécessaire.

6.

Sur le fond est litigieuse la question de la capacité de travail du recourant du 1^{er} janvier 2012 (date du début du droit à la rente, voir c. 7.3) au 31 janvier 2016. En effet, alors que, dans sa décision, l'intimé a exclu, s'agissant de cette période, la perte de rendement de 50% attestée par l'expert psychiatre (voir c. 5.3.1), il apparaît que si l'on prenait celle-ci en considération, le taux d'invalidité atteindrait 74%, ouvrant un droit à une rente entière d'invalidité et pas seulement à un quart de rente (selon les données de l'acte attaqué, de la différence entre Fr. 117'014.- [revenu de valide en 2012] et Fr. 30'959.- [revenu d'invalidé en 2012: 50% de Fr. 61'918.-] résulte une perte de gain de Fr. 86'055.-, soit une invalidité de 73,54% arrondie à 74% (Fr. 86'055.- x 100% / Fr. 117'014.-; voir aussi ATF 130 V 121 c. 3.2). Partant, il y a tout d'abord lieu d'examiner si l'intimé était fondé à s'écarter de l'appréciation de l'expert psychiatre, ce que le recourant conteste (voir art. 10 du recours).

6.1 En premier lieu, il convient de rappeler que l'estimation de la capacité de travail des médecins ou experts ne représente qu'une proposition pour les organes de l'AI ou le juge. En effet, il incombe tout d'abord au médecin 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; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

6.2 En l'espèce, il convient de constater que le rapport d'expertise du 19 septembre 2014 est antérieur à la publication de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), étendue par la suite à l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 6 s. et 143 V 409 c. 4, du 30 novembre 2017). Quoi qu'il en soit, cette expertise ne saurait pour autant perdre d'emblée toute valeur probante (ATF 141 V 281 c. 8). Au contraire, elle s'avère suffisante, au cas particulier, pour évaluer la situation du recourant, également à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence. En effet, quand bien même cette expertise ne suit pas strictement la grille d'évaluation normative et structurée évoquée ci-dessus, les réponses apportées par l'expert psychiatre permettent d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. De plus, les experts ont exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels et leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée. Néanmoins, malgré cette évolution jurisprudentielle, l'intimé a motivé la décision entreprise en se référant à l'ancienne pratique qui admettait fréquemment qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (tel celui retenu par l'expert psychiatre) avait tout au plus évolué vers une dépression légère ou moyenne n'ayant pas de caractère d'atteinte à la santé indépendante compte tenu du poids de facteurs psycho-sociaux. Cela étant, c'est tout de même à raison que l'intimé a considéré, au stade de la décision contestée, en procédant à une évaluation structurée au moyen des indicateurs standards prévus par la

jurisprudence précitée, que ce diagnostic ne revêtait pas un caractère d'atteinte invalidante à la santé. En effet, même si le rapport du 19 septembre 2014 permet d'illustrer des facteurs de contrainte (état de détresse et de perturbation émotionnelle, fragilité psychique, perte de confiance, humeur à dominante dépressive, anxiété assez significative, honte de ne plus travailler et de dépendre du revenu de l'épouse, voir dos. AI 63.1/8, 63.1/14 et 63.1/16 s.), le point de vue de l'intimé, en tant qu'il a souligné que le recourant possédait néanmoins des ressources personnelles est convaincant. L'intimé a en effet expliqué que le recourant accomplissait des travaux de jardinage, le ménage, les courses ainsi que la cuisine et qu'il s'adonnait à des activités de loisirs telles que lire le journal, regarder la télévision ou bricoler. C'est aussi de façon pertinente que l'intimé a évoqué qu'aucune résistance aux options thérapeutiques ou à la réadaptation professionnelle n'était établie et qu'il n'existait pas non plus de retrait social (voir à ce propos: dos. AI 63.1/10). En outre, l'intimé a relevé à juste titre que le recourant avait été capable de sourire et de plaisanter lors de l'expertise (dos. AI 63.1/13), ajoutant que ce dernier avait même déclaré qu'il serait un homme heureux s'il pouvait retrouver un travail (dos. AI 63.1/8). On peut ajouter que le rapport du 12 septembre 2014 mentionne que le recourant ne souffrait d'aucune diminution de l'énergie ou de fatigabilité et que son appétit était conservé. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le degré de gravité de l'atteinte était plutôt faible. Enfin, on ne saurait ignorer que l'expert a fait état d'une amélioration globale de la santé psychique depuis décembre 2012, en précisant que toute médication avait été interrompue et que les consultations avec le psychiatre traitant n'avaient plus lieu qu'à raison d'une séance tous les deux mois (dos. AI 63.1/15). Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé n'a pas tenu compte de la diminution de rendement de 50% retenue par l'expert psychiatre et qu'il n'a plus investigué cet aspect de l'état de santé, aucun indice d'aggravation n'étant du reste documenté. Le second expert en orthopédie a du reste rapporté en 2018 que l'assuré, contrairement à ce qui ressortait précédemment du dossier, n'expliquait plus la cessation de sa dernière activité lucrative par une surcharge psychique, mais par des maux de dos (dos. AI 131.2/7). Le fait que l'expertise du 13 septembre 2018 n'a pas inclus d'examen en psychiatrie/psychothérapie n'y change d'ailleurs

rien, à mesure qu'une nouvelle expertise ne permettrait de toute manière plus de reconstituer une appréciation valable pour la période litigieuse.

6.3 Quant aux affections somatiques, il est à noter que même si, dans l'expertise bidisciplinaire, l'expert en pneumologie a expliqué que l'état de santé du recourant s'était détérioré en mars 2014, en lien avec la BPCO (dos. AI 131.3/3 s.) et conclu à une incapacité de travail totale à partir du 1^{er} mai 2017 (dos. AI 131.1/5), il ne s'est toutefois pas prononcé au sujet de la période du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} mars 2014, se limitant à rapporter que la situation s'était détériorée depuis l'expertise de 2014 (dos. AI 131.1/1). En l'occurrence, à ce propos, le dossier permet néanmoins de se référer à l'avis émis en 2014 par l'expert en médecine interne, qui avait diagnostiqué une BPCO très sévère depuis 2013 et indiqué que cette dernière entraînait une diminution de rendement de 40% (dos. AI 63.1/18 s.). Cependant, le point de vue de cet expert s'oppose à la conclusion du spécialiste en médecine interne et en maladies pulmonaires sollicité par l'intimé en 2015, qui, bien qu'ayant posé le même diagnostic (dos. AI 67/1) a d'abord conclu que le recourant avait à tout le moins la capacité de travailler, dans une activité légère, selon les 50% de capacité de travail qui lui était reconnue (dos. AI 67/2), puis sur question complémentaire de l'intimé, a précisé, en deux lignes, que la capacité de travail était de 50% dans la dernière activité et de 100% dans des travaux légers ("körperlich nicht sehr belastend"; dos. AI 70). Cela étant, dans la mesure où ce spécialiste a spécifié que l'état de santé pneumologique s'était sensiblement détérioré durant les derniers mois mais que la situation s'était désormais de nouveau stabilisée, il y a lieu de déduire de son appréciation que l'état de santé pneumologique était alors revenu au stade précédant cette aggravation temporaire, à savoir celui décrit par l'expert en médecine interne dans la première expertise. Autrement dit, il faut comprendre que le recourant présentait à nouveau une capacité de travail à 100% avec une réduction de rendement de 40% depuis le 1^{er} mars 2014 (dos. AI 63.1/19). Cela vaut d'autant plus que le SMR a aussi interprété le rapport (succinct et peu étayé; voir aussi art. 3 du recours et art. 17 § 7 de la réplique) du spécialiste en médecine interne et en maladies pulmonaires de la sorte (se fondant toutefois sur la diminution de rendement de 50% du consilium de la première expertise, voir dos. AI 68/1). On ne saurait en particulier suivre le dernier avis du spécialiste en

maladies pulmonaires, en tant qu'il a ensuite attesté une capacité de travail de 100%, sans évoquer de réduction de rendement (dos. AI 70/2). En effet, d'une part, ce spécialiste s'est prononcé sur la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité sans qu'il n'apparaisse qu'il ait été informé de la nature de celle-ci (aucune donnée ne figurant à ce propos dans son rapport ou dans les pièces médicales auxquels ce dernier renvoie). D'autre part, dans son complément du 18 décembre 2015, ce spécialiste s'est prononcé (sans explication) après que l'intimé lui a demandé (de façon suggestive), si sa première conclusion devait être interprétée dans le sens où il fallait retenir que le recourant était capable de travailler à 50% dans son ancienne activité mais à 100% dans une activité adaptée (dos. AI 69/1 et 70/2). Partant, la dernière conclusion prise par ce spécialiste ne s'impose pas à un degré de vraisemblance prépondérante et ne saurait l'emporter face à l'expertise du 19 septembre 2014. C'est dès lors sur la base des conclusions de cette dernière que la capacité de travail doit être arrêtée, s'agissant de l'atteinte pneumologique durant la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 janvier 2016.

6.4 En définitive, il y a donc lieu de retenir que, dans une activité adaptée, le recourant disposait d'une capacité de travail à 100%, sans diminution de rendement, du 1^{er} janvier 2012 au 28 février 2014, puis était entravé dans son rendement dans une ampleur de 40% en raison de l'affection pulmonaire du 1^{er} mars 2014 au 31 janvier 2016. Ensuite, du 1^{er} février au 31 juillet 2016, il sied de conclure que le recourant ne disposait plus d'aucune capacité de travail en raison de la réalisation de la spondylodèse. Il faut en outre considérer que le recourant présentait une capacité de travail de 50% du 1^{er} août 2016 au 30 avril 2017, dans une activité adaptée. Enfin, on doit admettre une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} mai 2017, du fait de l'aggravation de la BPCO (l'incapacité de travail due à l'atteinte à l'épaule étant entièrement couverte par cette même période).

7.

Reste à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

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 LPG). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

7.2

7.2.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1).

7.2.2 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalide peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 143 V

295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3). En cas de recours aux tables de l'ESS, il y a en principe toujours lieu de se référer aux données statistiques les plus récentes qui existaient au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 143 V 295 c. 2.3; TF 8C_64/2019 du 27 novembre 2019 c. 6.2.1). Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, ils doivent être réévalués en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (ATF 126 V 75 c. 3b/bb).

7.3 En l'espèce, la question de savoir si la demande de prestation datée du 24 juin 2011 a été postée le 30 juin 2011 (selon la date de la lettre de l'assureur-maladie perte de gain de l'employeur accompagnant la demande) ou seulement en juillet 2011 (naissance du droit à la rente en décembre 2011 ou janvier 2012; voir art. 29 al. 1 et 3 LPGA et 29 al. 1 LAI) peut demeurer indécise. En effet, d'après la demande, une incapacité de travail est au plus tôt attestée depuis le 3 janvier 2011 (dos. AI 1/3 et 5/1, voir toutefois dos. AI 7/4 et 12/1), ce qui n'est aucunement contesté par les parties. Or, dans cette hypothèse, le recourant ne pourrait de toute manière présenter une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (voir c. 2.3) qu'à compter du 1^{er} janvier 2012. Ainsi, 2012 constitue bien l'année de référence pour établir le taux d'invalidité du 1^{er} janvier 2012 au 31 mai 2014 (trois mois dès le 28 février 2014; voir c. 2.4 et 6.4), 2014 pour le taux valable du 1^{er} juin 2014 au 30 avril 2016 (trois mois après le 31 janvier 2016) et 2016 pour le taux valable du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2016 (trois mois après le 31 juillet 2016), ainsi que du 1^{er} novembre 2016 au 31 juillet 2017 (trois mois après le 30 avril 2017; étant rappelé que le recourant a atteint l'âge de la retraite le 1^{er} juin 2017 [dos. AI 1/1; art. 21 al. 1 let. a de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants {LAVS, RS 831.10} et art. 30 LAI]).

7.3.1 Pour ce qui est du revenu de valide, on ne saurait reprocher à l'intimé de l'avoir déterminé sur la base de la moyenne des 5 derniers salaires perçus dans l'ancienne profession (soit Fr. 111'880.-, voir dos. AI 11/2). Ainsi, les revenus de valide de Fr. 117'014.- et Fr. 119'742.- (après indexation aux années 2012 et 2016 selon la table T39, "Evolution des

salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 1976 - 2016, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2008: 2'092 [année retenue en ce qui concerne la moyenne des derniers salaires], 2012: 2'188 et 2016: 2'239) ne prêtent flanc à la critique. Il sied toutefois encore de déterminer le revenu de valide en 2014, à savoir Fr. 118'725.- (indice 2014: 2'220).

7.3.2 S'agissant du revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son licenciement en 2012, c'est à juste titre que l'intimé l'a déterminé sur la base des données de l'ESS (voir c. 7.2.2). En l'espèce, la prise en compte d'un revenu de Fr. 62'520.- (ESS 2012, Tableau "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétence 1, Hommes; Fr. 5'210.- x 12) ne saurait être critiquée, de même que l'adaptation de ce montant à un horaire habituel de 41,7 heures hebdomadaires (portant le revenu à Fr. 65'177.10). Quant à l'abattement de 5% appliqué par l'intimé sur le revenu d'invalidé, il ne saurait non plus être remis en question. En effet, c'est à tort que le recourant prétend que la dépression qu'il a subie justifie un abattement de 25% (art. 13 du recours), ce trouble étant dépourvu de caractère invalidant (voir c. 6.2). De plus, les restrictions liées aux affections somatiques ont déjà été intégrées dans l'évaluation médicale de la capacité de travail. Elles ne peuvent ainsi être encore considérées dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2), comme l'intimé l'a justement relevé dans sa réponse (voir p. 2; voir aussi art. 20 § 2 in fine de la réplique). D'autre part, le recourant ne peut non plus être suivi lorsqu'il déduit un tel abattement de son âge (58 ans en janvier 2012). En effet, l'âge ne constitue pas d'emblée un facteur de réduction du salaire statistique. Il ne suffit donc pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement (TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 c. 5; SVR 2018 UV n° 40 c. 5). Au cas particulier, aucun indice ne suggère d'ailleurs que l'âge du recourant représente un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge (voir TF 8C_439/2017 du 6 octobre 2017, dans le cas d'un assuré de

62 ans). Cela vaut d'autant plus que l'écrit du centre de formation, du 27 septembre 2013, permet de constater que le recourant dispose de nombreuses compétences, de même que d'une grande polyvalence professionnelle (dos. AI 36/10). Enfin, le choix du revenu statistique à un niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples) permet de tenir suffisamment compte de la longue période d'éloignement du marché du travail invoquée par le recourant (p. 10 de la réplique; voir aussi TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 c. 4.3, 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 c. 4.5 et les références citées). Il n'existe ainsi aucun motif pertinent susceptible de justifier la substitution d'une autre appréciation à celle de l'intimé fixant l'abattement à 5%. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a arrêté le revenu d'invalidité à Fr. 61'918.- pour l'année 2012. En raison du motif de révision prenant effet le 1^{er} juin 2014, le revenu indexé se monte à Fr. 62'823.55, mais il doit encore être réduit de 40% en raison de la perte de rendement attestée dès cette échéance sur le plan somatique (voir c. 6.3 s.). Ainsi, un revenu d'invalidité de Fr. 37'694.10 doit être retenu jusqu'au 30 avril 2016. Du 1^{er} mai au 31 octobre 2016, le revenu d'invalidité doit être arrêté à Fr. 0.- afin de tenir compte de l'incapacité de travail à 100% retenue médicalement. Pour la période allant du 1^{er} novembre 2016 au 1^{er} juin 2017 (voir c. 7.3 in fine), le revenu d'invalidité doit être indexé à 2016 (totalisant alors Fr. 63'361.20), puis diminué proportionnellement à la capacité de travail de 50% (voir c. 6.3 s.), pour aboutir à Fr. 31'680.60. Dès le 1^{er} août 2017, le revenu d'invalidité tombe à Fr. 0.- en raison de la pleine incapacité de travail du recourant (voir c. 5.3.2 in fine et 6.3 s.).

7.4 Il résulte dès lors de tout ce qui précède que, pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 mai 2014, le taux d'invalidité se monte à 47% après comparaison (valeurs 2012) du revenu de valide de Fr. 117'014.- avec celui d'invalidité de Fr. 61'918.-. Quant à la période du 1^{er} juin 2014 au 30 avril 2016, le taux d'invalidité doit être fixé à 68% en comparant (valeur 2014) le revenu de valide de Fr. 118'725.- à celui d'invalidité de Fr. 37'694.10. Pour la période courant du 1^{er} mai au 31 octobre 2016, le taux d'invalidité atteint 100%. Du 1^{er} novembre 2016 au 31 juillet 2017, le taux d'invalidité se monte à 74%, au terme de la comparaison (valeur 2016) du revenu de valide de Fr. 119'742.- avec celui d'invalidité de Fr. 31'680.60. Dès août

2017, le taux d'invalidité doit également être fixé à 100% (voir toutefois c. 7.3 in fine).

8.

8.1 Il s'ensuit qu'en allouant un quart de rente d'invalidité au recourant du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2016 (avec une interruption du 1^{er} juillet 2013 au 31 octobre 2013 eu égard au versement d'indemnités journalières [art. 29 al. 2 et 43 al. 2 LAI]), l'intimé a, à tort, nié le droit de ce dernier à trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} juin 2014 au 30 avril 2016. Le recours doit dès lors être partiellement admis et la décision réformée en ce sens que le recourant a droit, non pas à un quart de rente, mais à trois quarts de rente du 1^{er} juin 2014 au 30 avril 2016. Le dossier est par conséquent renvoyé à l'intimé pour qu'il fasse procéder au calcul du montant de la rente supplémentaire due. Pour le surplus, le recours est rejeté. L'octroi d'un quart de rente du 1^{er} janvier 2012 au 31 mai 2014 (sauf période d'indemnités journalières) et d'une rente entière à partir du 1^{er} mai 2016 est ainsi confirmé.

8.2 Conformément à la jurisprudence, le fait que le recourant a conclu à titre principal à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2012, alors qu'il n'obtient qu'une augmentation de la quotité de la rente du 1^{er} juin 2014 au 30 avril 2016, n'a pas d'influence sur la répartition des frais et dépens (ATF 117 V 401 c. 2c; SVR 2016 IV n° 12 c. 5).

8.2.1 Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui est restituée.

8.2.2 Vu l'issue de la cause, le recourant, représenté par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). En l'occurrence, s'agissant de la procédure devant le TA, le mandataire professionnel du recourant a produit une note d'honoraires du 17 juillet 2019, qui, après examen, ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire,

ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables. Les dépens sont donc fixés à Fr. 3'680.30 (honoraires de Fr. 3'285.-, débours de Fr. 132.20 et TVA de Fr. 263.10 [taux de 7,7%]).

8.2.3 En revanche, la conclusion tendant à l'octroi de dépens au recourant pour la procédure de préavis doit être déclarée irrecevable (voir c. 3.4 in fine). En effet, le recourant n'a pas la qualité pour prétendre l'octroi de dépens dans ce contexte. L'octroi d'une indemnisation en procédure non contentieuse de préavis en matière d'AI n'est concevable que dans une seule hypothèse: celle de l'indemnité échéant au mandataire d'office (et non au recourant) au titre de l'assistance judiciaire. Or, le mandataire du recourant n'a pas requis le bénéfice de l'assistance judiciaire en procédure administrative et il n'a pas non plus qualité pour contester une absence d'indemnité en procédure de recours, quand bien même la décision attaquée a été précédée de quatre procédures de préavis (ATF 140 V 116 c. 3.3; SVR 2018 EL n° 18 c. 8.2). La prétention formulée par le recourant pourrait tout au plus faire l'objet d'une demande en réparation (art. 78 LPG), à condition qu'existent des dommages causés illicitement.

Par ces motifs:

1. Le recours est partiellement admis et la décision annulée dans la mesure où elle octroie un quart de rente du 1^{er} juin 2014 au 30 avril 2016. Trois quarts de rente sont accordés durant cette période. Le dossier est retourné à l'intimé pour qu'il procède au calcul de la prestation modifiée. Pour le surplus, le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 3'680.30 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
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).