

200.2018.762.AI
N° AVS
DEJ/REN

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

Jugement du 11 mars 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
Ph. Jakob et C. Tissot, juges
J. Desy, 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 14 septembre 2018



En fait:

A.

A._____, né en Suisse en 1991 et au bénéfice d'un permis d'établissement, célibataire et père d'un enfant, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 9 avril 2014, étant précisé qu'elle faisait suite à une annonce de détection précoce formulée en février 2012 par l'assurance perte de gain en cas de maladie de son ancien employeur. Dans sa demande précitée, l'intéressé a indiqué la raison de sa demande, à savoir une "blessure très grave de la main droite (sept heures d'opération, microchirurgie) avec perte totale de l'utilisation de la main, ainsi que, suite à cet accident, une dépression grave et une perte considérable de poids"; il a également formulé qu'il n'était plus capable de travailler depuis le 16 mai 2013. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite en convoquant le prénommé à un entretien, puis en requérant différents rapports médicaux, notamment auprès du médecin généraliste traitant, ainsi qu'en prenant conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a recommandé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, neuropsychologie, neurologie, chirurgie de la main, gastroentérologie et allergologie). En raison de la difficulté de trouver un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) capable d'effectuer une telle expertise en français (18 mois de recherche et d'attente environ, sans résultat), le SMR a préconisé la tenue d'une expertise neuropsychologique, puis la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, chirurgie de la main et médecine interne). La première a ainsi été réalisée les 31 janvier 2017 (examen neuropsychologique) et 4 avril 2017 (rapport d'expertise), et la seconde a eu lieu entre les mois de juillet et novembre 2017 auprès d'un COMAI (en l'occurrence COMAI C._____). Après réception d'un nouveau rapport du médecin généraliste traitant le 29 mars 2018, l'Office AI Berne a communiqué au recourant, par préavis du 25 mai 2018, qu'il projetait de ne lui octroyer une rente entière d'invalidité que du 1^{er} octobre 2014 au 31 août 2015, considérant qu'avant et après cette période, il ne pouvait prétendre à une rente AI.

B.

En l'absence de toute critique à l'encontre de son préavis, l'Office AI Berne a confirmé son contenu par décision du 14 septembre 2018, allouant au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2014 au 31 août 2015 et considérant qu'avant et après cette période, il n'existait pas de droit à une rente AI.

C.

Par acte du 15 octobre 2018, le recourant, représenté par une mandataire professionnelle, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2015, ou, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité à dire de justice dès le 1^{er} septembre 2015, ou, très subsidiairement au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a également déposé une requête d'assistance judiciaire et de désignation de sa mandataire comme avocat d'office, requête complétée le 16 novembre 2018.

Le 16 novembre 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, les frais de justice devant être mis à la charge du recourant et aucune participation à ses dépens n'étant accordée. Le 12 décembre 2018, le recourant a présenté la note d'honoraires de sa mandataire.

En droit:

1.

1.1 La décision du 14 septembre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et accorde au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2014 au 31 août

2015. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà de cette date. 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). Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle l'Office AI Berne se base principalement pour rendre sa décision, en raison notamment de sa prétendue ancienneté et des contradictions avec l'appréciation des médecins traitants, de même qu'est contestée l'exigibilité de la capacité de travail résiduelle et le recours aux tables statistiques pour définir le revenu sans 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 une mandataire dûment légitimée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). A toutes fins utiles, on relèvera que le déménagement du recourant dans un autre canton se révèle sans effet en ce qui concerne la compétence du TA (voir art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 40 al. 3 du Règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

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). L'incapacité de gain consiste en la 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 141 V 281 c. 2.1). 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) 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 LAI, 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 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).

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

3.1.1 L'Office AI Berne retient, principalement sur la base des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qu'il a diligentée, que le recourant s'est trouvé en incapacité complète de travail entre le 16 mai 2013 et le 16 mai 2015 en raison de sa blessure au bras droit, puis qu'il a présenté, depuis le 17 mai 2015, une capacité de travail complète dans une activité monomanuelle adaptée. Sur cette base, il a octroyé une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} octobre 2014 et le 31 août 2015, le degré d'invalidité étant de 100%. A partir du mois de septembre 2015, en comparant deux revenus statistiques et en procédant à un abattement de 20% sur le revenu d'invalidité, il a considéré que le degré d'invalidité (20%) n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

3.1.2 Le recourant rétorque que les conclusions de l'expertise ne peuvent être suivies, dès lors que sa valeur probante doit être niée. A ce propos, il fait valoir que ses atteintes psychiques, dont notamment les antécédents, n'ont pas été examinés avec suffisamment d'attention et expose que sa situation personnelle (principalement en raison de la séparation d'avec la mère de son fils, né peu après la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire) aurait évolué depuis 2017 et la date de sa réalisation. Le recourant expose également qu'il ne lui est pas possible de trouver une activité lucrative monomanuelle adaptée, notamment en raison de son absence de formation, de même que de la difficulté d'en acquérir une au vu de son impossibilité à écrire (le recourant étant droitier et sa main droite étant inutilisable). Finalement, le recourant reproche à l'Office AI Berne de ne pas avoir tenu compte du dernier revenu réalisé en 2011 et d'avoir utilisé, en lieu et place, un revenu statistique pour définir le revenu sans invalidité.

3.2 Les éléments de fait ressortant du dossier et déterminants dans le cadre de la présente procédure sont les suivants.

3.2.1 Le SMR de l'Office AI Berne a conseillé, le 16 février 2015, la tenue d'une expertise pluridisciplinaire comportant les domaines de la psychiatrie, neuropsychologie, neurologie, chirurgie de la main, gastroentérologie et allergologie. Au vu de la difficulté à trouver un COMAI prêt à accomplir un tel mandat en langue française, le SMR a proposé la réalisation de deux expertises, la première en neuropsychologie, puis la seconde, pluridisciplinaire, dans les domaines de la psychiatrie, de la médecine interne et de la chirurgie de la main.

3.2.1.1 Une expertise neuropsychologique a ainsi été réalisée les 31 janvier 2017 (examen neuropsychologique) et 4 avril 2017 (rapport d'expertise). Le psychologue a diagnostiqué des troubles cognitifs non authentiques en raison d'une mauvaise collaboration, ainsi que peut-être de légers troubles cognitifs et intellectuels (allant dans le sens d'un trouble de l'apprentissage et du langage/calcul). Concernant la capacité de travail du recourant, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas de raison de croire à une réduction du rendement importante (dépassant les 20%) en ce qui concerne le dernier travail, à savoir en tant qu'employé dans un "call center" (*Customer Service Representative*). L'expert a également souligné que les différents tests réalisés ne mettent en évidence aucun résultat valable, dès lors qu'ils ont été consciemment faussés par le recourant.

3.2.1.2 Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, l'expert en médecine interne a commencé par résumer l'ensemble des rapports médicaux au dossier, puis a rapporté ses constatations. L'experte psychiatre a ensuite diagnostiqué un trouble du comportement et des émotions apparaissant durant l'enfance et l'adolescence, de type socialisé dans un contexte de carence, maltraitance et de difficultés de stabilisation pendant l'enfance et l'adolescence (ch. F92.9 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]), un trouble mixte de la personnalité avec caractéristique de type borderline impulsif et aspect dyssocial (CIM-10 F61.0) et une utilisation de substances psychotiques, utilisation nocive pour la santé (CIM-10 F10.2 et F12.2). Il n'a attesté aucune limitation fonctionnelle psychiatrique susceptible de justifier une incapacité de travail. Sur le plan de la chirurgie de la main, les experts ont

diagnostiqué un syndrome d'exclusion post-traumatique du membre supérieur droit versus trouble fonctionnel en raison de l'accident survenu le 16 mai 2013 (CIM-10 T92.0) et ont considéré qu'une activité monomanuelle pouvait être exercée à 100% sans diminution de rendement. Dans leur appréciation commune du cas, les médecins ont réitéré les diagnostics précités en rajoutant celui de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (CIM-10 F68.0) et ont considéré qu'il a existé une pleine incapacité de travail entre le 16 mai 2013 et le 16 mai 2015 en raison de la prise en charge de la blessure à la main droite. A compter du 17 mai 2015, les experts ont retenu que la capacité de travail est complète dans une activité adaptée, à savoir monomanuelle.

3.2.2 Le dossier comporte différents autres documents médicaux.

3.2.2.1 Consécutivement à la blessure intervenue au poignet droit le 16 mai 2013, il existe des rapports médicaux des chirurgiens ayant pris en charge le cas directement après sa survenance. Ainsi, dans le rapport de sortie de l'hôpital du 5 juin 2013, les médecins ont fait état d'une hospitalisation intervenue du 16 au 20 mai 2013 en raison d'une coupure à l'avant-bras droit et de l'opération qui a suivi, de même qu'ils ont rapporté la réalisation d'une seconde opération le 19 mai 2013, joignant également le rapport opératoire. Les médecins ont par la suite rapporté une évolution post-opératoire sans particularité. Le rapport de la consultation du 7 février 2014 effectuée à la demande de l'Office AI Berne comporte les mêmes éléments que cités précédemment et a relevé un besoin important d'ergothérapie.

3.2.2.2 Le 8 mars 2014, dans un rapport adressé au généraliste traitant du recourant, un chirurgien général a fait état de l'hospitalisation d'urgence du recourant entre le 23 février et le 4 mars 2014 en raison d'un saignement gastro-intestinal supérieur anémique lié à un ulcère hémorragique sur l'anastomose gastro-entérique, faisant suite à la pose d'un bypass gastrique en 2010. Le chirurgien a également rapporté une situation personnelle très compliquée, notamment en raison de la rupture dramatique avec son amie.

3.2.2.3 Selon un rapport d'urgence du 10 août 2014, le recourant a consulté à cette date les urgences hospitalières en compagnie et à la demande de

sa mère. Les médecins ont diagnostiqué un état anxieux après consommation de haschisch et d'alcool, un status après la pause d'un bypass gastrique en 2010, de l'asthme et, sur la base du dossier, un état dépressif. Le recourant n'a pas été hospitalisé et a pu retourner chez lui le jour même.

3.2.2.4 Le 8 janvier 2015, le service de neurologie du même hôpital a également adressé un rapport médical au généraliste traitant du recourant, en précisant que dit rapport procédait d'une demande de l'Office AI Berne qui examinait l'opportunité de mesures professionnelles. Les diagnostics recensés sont une profonde blessure à l'avant-bras droit avec saignement artériel et lésion nerveuse, un état anxieux après consommation de haschisch et d'alcool et, selon le dossier, un état dépressif. En substance, les médecins ont estimé que la situation psychique du recourant se trouvait en premier plan et qu'il y avait lieu de l'améliorer avant même de pouvoir procéder à des examens cognitifs, dont les résultats seraient faussés par ledit état psychique.

3.2.2.5 Finalement, le généraliste traitant du recourant a pris position à plusieurs reprises. A titre principal, il a adressé un rapport médical à l'Office AI Berne le 17 mai 2014, en diagnostiquant une profonde blessure de l'avant-bras droit avec d'importantes conséquences (sur les plans moteur et sensitif) intervenue le 16 mai 2013, un status après un bypass gastrique intervenu le 4 février 2010 en raison d'une adiposité morbide et saignement gastro-intestinal supérieur anémique en raison d'un ulcère hémorragique sur l'anastomose gastro-entérique (le 23 février 2014), un épisode dépressif grave récidivant depuis février 2014, de l'asthme bronchique et des allergies au pollen, noix et céleri. Il a attesté une pleine incapacité de travail du 10 novembre 2011 au 31 décembre 2011, puis à partir du 16 mai 2013. En septembre 2014, il a ajouté le diagnostic de sous-poids chronique en raison d'une dépression post-traumatique. Après avoir insisté le 2 mai 2016 pour la réalisation prochaine d'une expertise pluridisciplinaire, le médecin a pris position le 29 mars 2018 sur dite expertise en la contestant, estimant que la capacité de travail retenue n'est pas réaliste et, de façon plus générale, que la situation décrite ne correspond pas à celle de son patient, notamment sur le plan psychiatrique.

3.3 Sur le plan professionnel, le recourant ne possède pas de formation certifiée. Il ressort du dossier qu'il a travaillé pendant une année environ, soit du 31 janvier au 31 décembre 2011, en tant que Customer Service Representative auprès d'un opérateur de téléphonie mobile. A noter que l'assurance perte de gain de cet employeur a annoncé le recourant à l'Office AI Berne le 3 février 2012 sous la forme d'une détection précoce en exposant que le prénommé se trouvait en incapacité complète de travail depuis le 10 octobre 2011 en raison d'un trouble dépressif majeur.

4.

Pour rendre la décision dont est recours, l'Office AI Berne s'est principalement basé sur l'expertise pluridisciplinaire, qu'il considère comme probante.

4.1

4.1.1 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; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

4.1.2 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). La question de la force probante d'une expertise médicale doit être examinée dans chaque cas concret en fonction des réponses apportées par l'expertise aux questions déterminantes pour le cas d'espèce. Cela étant, le fait de se fonder tout de même sur une expertise pluridisciplinaire, alors même que l'un des rapports partiels qui la composent n'est pas considéré comme probant, ne viole pas déjà l'art. 43 al. 1 LPGa. Inversement, il en va de même si les évaluations de tous les rapports partiels composant l'expertise s'avèrent concluantes, alors que les conclusions de l'expertise principale – qui n'a pas été rédigée lors d'une discussion de coordination interdisciplinaire entre les médecins impliqués – ne peuvent être comprises et ne correspondent pas aux constatations des rapports partiels. Une appréciation des preuves qui reconnaît une entière valeur probante à certains rapports partiels d'une expertise interdisciplinaire ne peut dès lors pas être qualifiée de contraire au droit fédéral pour la seule raison qu'une autre partie de l'expertise n'apparaît pas probante (ATF 143 V 124 c. 2.2.4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.2).

4.1.3 Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 c. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle

générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

4.2 Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assuré, cette expertise pluridisciplinaire comporte une anamnèse précise sur les plans familial, personnel, systématique, psychosocial, professionnel et actuel. Les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été retranscrits dans l'expertise (voir les pages 2-5, dont notamment le résumé du rapport médical adressé à l'Office AI Berne le 8 janvier 2015 par le Centre hospitalier [voir ci-avant c. 3.2.2.3]), démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Ses conclusions sont étayées. En l'espèce, sur le plan formel, cette expertise apparaît ainsi conforme aux exigences légales et jurisprudentielles, ce qui n'est du reste pas contesté par le recourant, qui remet en question sa validité matérielle.

4.3 Sur le plan matériel, il ressort les éléments suivants de l'expertise.

4.3.1 Chacun des experts a soigneusement procédé à une anamnèse de la vie sociale, professionnelle et médicale du recourant. Ils ont ainsi pu mettre en évidence une enfance marquée par la violence de son père, puis du nouveau compagnon de sa mère après le divorce survenu lorsqu'il avait trois ans. Ils ont également décrit un parcours scolaire chahuté en raison de différents déménagements, dont un en région suisse-alsacienne, ce qui a conduit à l'absence de fréquentation de l'école en raison des difficultés linguistiques. Placé ensuite dans un internat, ce qu'il a particulièrement mal vécu, le recourant en a été renvoyé en raison de la commission d'actes de violences et n'a pas terminé sa scolarité obligatoire. Par la suite, il aurait vécu quelque temps dans une ville étrangère dans le but d'avoir une

carrière musicale, avant de revenir s'installer en Suisse. Les experts rapportent finalement la prochaine naissance de son fils, issu d'une relation stable depuis deux ans. A noter, sur le plan matériel, les résumés consciencieux de l'ensemble des documents médicaux au dossier et énumérés ci-dessus, dont notamment le rapport médical du service de neurologie du 8 janvier 2015 (voir ci-avant c. 3.2.2.4) et l'expertise neuropsychologique réalisée début 2017 (voir ci-avant c. 3.2.1.1).

4.3.2 Sur le plan de la médecine psychiatrique, l'experte en psychiatrie a également procédé à une anamnèse complète de l'enfance du recourant, tout comme de sa vie sociale et professionnelle, en soulignant notamment qu'il n'est pas évident de déterminer si le recourant a cessé de travailler avant ou après sa blessure au bras, celui-ci se montrant peu précis à ce propos. L'experte psychiatre a remarqué que le recourant tend à se présenter en tant que victime des faits qu'il évoque, de même qu'est rapportée une tolérance à la frustration assez basse et une impulsivité plutôt élevée. Il est également mentionné que le recourant semble être bien entouré, dans la mesure où il a exposé avoir assez d'amis pour parler, se confier, si bien qu'il n'aurait pas besoin d'aide psychologique; dans des moments de rupture liés à des frustrations ou à des conflits relationnels, le recourant est toutefois décrit comme renfermé et retiré. L'existence d'une dépression est niée par l'experte, qui explique que s'il existe certes un sentiment de dévalorisation, des difficultés de sommeil, une diminution de la libido et une tendance à l'irritabilité, il n'y a toutefois pas d'anhédonie, ni de fatigabilité, de manque d'élan vital important ou de tristesse apparente, ce qui est confirmé par un questionnaire standardisé complété pendant l'entretien et dont le score indique un symptôme dépressif léger. L'experte psychiatre a également rapporté que le recourant ne souhaite pas entreprendre un traitement ou une thérapie psychiatrique. Au terme de son examen, elle a diagnostiqué, principalement, un trouble mixte de la personnalité avec des caractéristiques de la personnalité borderline impulsive, avec d'importantes difficultés devant la frustration pour un patient ayant un passé d'instabilité et de carence dans un milieu familial perturbé. De même, le recourant présente selon elle des caractéristiques de personnalité dyssoziale avec une centration sur lui-même, une surestimation de ses capacités, des problèmes avec les règles comme les

contraintes sociales, une attitude parfois irresponsable, un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité avec violence, une extériorisation du Sur-moi avec difficultés à éprouver des remords ou de la mauvaise conscience, et une tendance à blâmer autrui. Pour terminer, la psychiatre a également précisé qu'il pourrait également exister une composante de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0), mais attend les résultats de l'expertise somatique pour se déterminer de façon plus précise à ce propos. Elle a encore rapporté que le recourant ne met pas en avant les problèmes psychiques, mais plutôt ses atteintes somatiques. Dès lors que les limitations fonctionnelles liées aux pathologies précitées se concrétisent dans la tolérance à la frustration et à la capacité de contrôler l'agressivité ou la violence, l'experte psychiatre considère qu'il n'existe pas véritablement de limitation de capacité de travail à proprement parler.

4.3.3 Sur le plan somatique, les chirurgiens de la main ont également soigneusement rapporté les conclusions de leur examen, en évoquant notamment la survenance de la blessure à l'avant-bras droit (le recourant indiquant avoir brisé une porte vitrée pour empêcher le suicide de son amie de l'époque). Les experts ont également recensé les plaintes du recourant concernant les douleurs encore vécues, à savoir sur le versant palmaire au niveau du tiers moyen de l'avant-bras droit en regard de la cicatrice, se prolongeant en distalité jusque dans la paume de la main et des doigts longs. Ils ont également indiqué une insensibilité et une perte de fonction majeure de l'avant-bras et de la main. Concernant les activités quotidiennes, le recourant a déclaré aux experts ne pas être en mesure de cuisiner et n'être qu'à un taux de rentabilité de 30% en ce qui concerne les activités ménagères; par ailleurs, il a rapporté se sentir incapable de recommencer à travailler. Dans leur appréciation, les experts en chirurgie de la main ont confirmé une limitation de la mobilité active de l'avant-bras droit et de la main. Mais ils ont également souligné certains éléments inexplicables, sous la forme de certains actes ou mouvements de la main qui ne sont pas réalisables, alors même que le traumatisme se situait à plus de 15 cm du site d'innervation motrice des muscles testés. Par ailleurs, le périmètre antébrachial est symétrique, alors même que les experts attendaient une asymétrie en défaveur du côté lésé, ce qui tendrait

à considérer que le membre supérieur droit est probablement plus utilisé que ce que le recourant rapporte. Les experts en concluent que le recourant a probablement développé une exclusion post-traumatique du membre supérieur droit, sans qu'il ne soit possible d'exclure formellement un trouble fonctionnel ou une simulation. Sur cette base, ils ont considéré peu indiqué que le recourant pratique une activité bimanuelle, mais qu'une activité monomanuelle gauche pourrait être envisagée à plein temps avec un rendement de 100%, par exemple dans l'activité exercée en tant qu'agent au service téléphonique.

4.3.4 Dans leur consilium commun, les experts ont confirmé le diagnostic principal de syndrome d'exclusion post traumatique du membre supérieur droit versus trouble fonctionnel, et ont considéré que dans une activité monomanuelle adaptée, la capacité de travail était complète. Toutefois, entre le 16 mai 2013 et le 16 mai 2015, ils ont conclu à une incapacité totale de travail pour les suites de la prise en charge de la blessure à la main. En raison également de la confirmation du diagnostic psychiatrique de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (CIM-10 F68.0) en raison du déficit de la main et du poignet droit sans explications somatiques suffisantes, les experts ont également procédé à l'analyse des nouveaux indicateurs jurisprudentiels pour déterminer les conséquences invalidantes de cette atteinte (voir ci-avant c. 4.1.3). Ainsi, dans le complexe "atteinte à la santé", les experts ont indiqué que le déficit fonctionnel de la main droite est associé à des pathologies psychiatriques jugées non incapacitantes, de même qu'ils ont également rapporté que le trouble de la personnalité du recourant n'est pas considéré comme décompensé car il arrivait à maintenir des contacts sociaux et affectifs; dès lors, les ressources adaptatives ont été considérées comme encore satisfaisantes. Dans l'analyse du second critère "cohérence", les experts ont relevé des incohérences entre les limitations et les troubles neurologiques rapportés et la situation des lésions anatomiques des lésions vasculonerveuses initiales, dans la mesure où certaines limitations alléguées par le recourant ne s'expliquent pas ou sont contredites par les examens (par exemple le périmètre antébrachial est symétrique, alors même que les experts attendaient une asymétrie en défaveur du côté lésé). Des incohérences ont également été rapportées lors des différentes

anamnèses effectuées, le recourant donnant plusieurs versions d'un même évènement (par exemple les circonstances de la perte de son emploi, avant ou après l'accident survenu en mai 2013 alors que l'emploi a pris fin au 31 décembre 2011). Au vu également de certains loisirs (vendre des objets sur internet, étude de la bible, s'occuper du chien ou du perroquet) conservés, les experts ont considéré que le syndrome de majoration de symptômes ne remplissait pas suffisamment de critères de gravité pour être considéré comme incapacitant ou ayant des répercussions sur la capacité de travail. Au final, les experts ont ainsi estimé que les pathologies psychiatriques du recourant ne sont pas à l'origine de limitation fonctionnelle psychique, ni d'incapacité de travail.

4.4 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que l'expertise revêt une valeur probante importante.

4.4.1 Tout d'abord, il convient de souligner que les experts ont tenu compte de l'expertise neuropsychologique réalisée en février 2017 (voir ci-avant c. 3.2.1.1), laquelle s'est révélée inexploitable en raison de l'incohérence des tests réalisés. A ce stade, on peut souligner qu'une telle conclusion va dans le sens de l'expertise pluridisciplinaire, les différents autres experts ayant mis une évidence une telle incohérence.

4.4.2 Le recourant fait ensuite principalement valoir que l'expertise pluridisciplinaire ne pourrait être suivie en raison de son atteinte dépressive, niée à tort, et des changements intervenus dans sa situation personnelle, dont notamment la séparation d'avec son amie.

Concernant l'existence d'un épisode dépressif, les experts ont tenu compte de l'ensemble des documents médicaux au dossier, dont notamment le rapport neurologique du 8 janvier 2015 (voir ci-avant c. 3.2.2.4) et les multiples rapports du généraliste traitant, pour finalement nier, de façon logique et cohérente, son existence. Certes, il ressort du dossier à plusieurs reprises la mention d'un trouble dépressif majeur, dès le mois d'octobre 2011 et prévalant principalement entre 2014 et 2015; pour autant, lors de l'entretien auquel a procédé l'experte en psychiatrie en 2017, seul un trouble dépressif léger a pu être mis en évidence et objectivé par un questionnaire. A ce stade, les documents médicaux les plus récents sont

les rapports d'expertise, lesquels nient toute atteinte dépressive invalidante et considèrent que le trouble de la personnalité n'engendre pas d'incapacité de travail. Depuis l'expertise pluridisciplinaire, seul un rapport médical a été produit et est issu du généraliste traitant, lequel mentionne certes une atteinte psychiatrique (*erhebliche psychische Erkrankung*), mais sans poser de diagnostic ni énoncer en quoi l'appréciation effectuée par les experts serait erronée. Dans cette mesure, les allégués du recourant concernant l'étendue de son atteinte dépressive ne convainquent pas à suffisance. Il en va de même concernant l'évolution de sa situation personnelle et sociale. Si le recourant fait certes valoir qu'il s'est séparé de la mère de son enfant (toutefois sans indiquer la date de cette séparation, étant précisé que le rapport d'expertise est daté de novembre 2017 et la décision attaquée de septembre 2018), il ne produit aucun rapport médical mettant en évidence les conséquences de cette séparation, notamment sur le plan psychiatrique.

4.4.3 Au-delà de ce qui précède, on peut souligner que les conclusions de l'expertise apparaissent comme étant convaincantes et bien étayées. En particulier, l'absence de toute atteinte dépressive a soigneusement été documentée par l'experte en psychiatrie. Quant à l'atteinte somatique au bras droit, les experts ont pu expliquer de façon convaincante que s'il existe certes une atteinte, les limitations sont davantage liées à un syndrome d'exclusion post-traumatique qui est à relier au diagnostic de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques, jugé comme étant sans conséquence sur la capacité de travail.

4.5 Sur le vu de ce qui précède, l'expertise pluridisciplinaire revêt une valeur probante importante. Sur cette base, le recourant a présenté une incapacité complète de travail entre le 16 mai 2013 et le 16 mai 2015, puis a recouvré, sur le plan médico-théorique, une capacité complète de travail à partir du 17 mai 2015, dans une activité monomanuelle adaptée.

5.

Il s'agit ensuite d'examiner les conséquences juridiques de cette appréciation médico-théorique et notamment de définir le taux d'invalidité du recourant.

5.1 L'Office AI Berne a considéré que le recourant a droit, en raison d'une incapacité complète de travail, à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2014 au 31 août 2015, puis, à partir du 1^{er} septembre 2015, n'a plus de droit à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 20%.

5.1.1 Quant au début de l'incapacité complète de travail à 100%, elle a été fixée par les experts au 16 mai 2013, date de la blessure à l'avant-bras droit du recourant. Une incapacité complète de travail étant attestée par les médecins traitants à compter du mois de mai 2013, le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est réputé échu en mai 2014. Toutefois, dès lors que le recourant n'a déposé sa demande de prestations de l'AI qu'en avril 2014, ce n'est qu'à partir du mois d'octobre 2014 qu'il peut bénéficier de prestations de l'AI, ainsi que l'a retenu l'Office AI Berne (voir art. 29 LAI).

5.1.2 Quant au terme de la rente d'invalidité, l'Office AI Berne s'est basé sur l'amélioration de l'état de santé en mai 2015 attestée par les experts, et a tenu compte du délai de trois mois de l'art. 88a RAI pour mettre un terme aux prestations au 31 août 2015.

5.2 En l'occurrence, il convient de souligner que les experts ont, dès lors qu'ils ont diagnostiqué une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, procédé à un examen de la capacité de travail selon les nouveaux indicateurs jurisprudentiels (voir ci-avant c. 4.1.3). A ce stade, du fait que leur appréciation médicale (jugée probante) n'a débouché sur aucune incapacité de travail, il n'y a pas lieu d'examiner à nouveau, sur le plan juridique, ces différents critères. A toutes fins utiles, l'on mentionnera toutefois que les éléments d'information donnés par les différents experts permettent en effet d'exclure toute atteinte à la santé psychique invalidante, à tout le moins au second niveau des indicateurs, au vu des informations convaincantes apportées concernant le maintien des

contacts sociaux et affectifs, de même que les chances de réadaptation conservées.

5.3 Le recourant fait principalement valoir qu'il ne lui est pas possible de trouver un travail adapté à sa situation.

5.3.1 Le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré se caractérise par un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et comprend un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique. Cette notion comprend également les emplois dits de niches, à savoir des offres de poste et de travail, dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Selon la jurisprudence, il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2). D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (SVR 2016 IV n° 2 c. 4.4).

5.3.2 En l'occurrence, il est vrai que le recourant ne dispose d'aucune formation professionnelle, n'a exercé une activité lucrative qu'un petit peu

moins d'une année et doit trouver une activité adaptée monomanuelle. Pour autant, au vu des critères rappelés ci-avant concernant le marché équilibré du travail, il faut considérer qu'il existe de tels postes de travail monomanuels (voir par exemple TF 8C_471/2017 du 16 avril 2018 c. 4.3 et 5 ou 9C_620/2010 du 15 mars 2011 c. 4). Par ailleurs, et quand bien même le recourant prétend le contraire, il lui est loisible d'acquérir une formation professionnelle en adaptant le cursus ou les modalités de cours à son atteinte à la santé; à ce propos, il faut également souligner que les experts ont rapporté une intelligence tout à fait dans la norme. En tout état de cause, l'on ne saurait retenir qu'il est impossible pour le recourant de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail.

5.4 Il reste ensuite à définir le degré d'invalidité du recourant en procédant à la comparaison des revenus.

5.4.1 La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant 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; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2). Lorsque des indices concrets déterminants font défaut pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, il faut se rabattre sur des valeurs moyennes fondées sur l'expérience, comme celles qui sont prises en compte dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). L'ESS n'est toutefois déterminante qu'en corrélation avec les circonstances personnelles et professionnelles influençant la fixation du salaire de la personne assurée dans le cas concret (ATF 144 I 103 c. 5.3; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2).

5.4.2 En l'occurrence, le recourant n'a travaillé qu'une année environ, et ce près d'une année et demie avant sa blessure. Dans ces circonstances, le recours au salaire statistique se justifie pleinement. A toutes fins utiles, on relèvera à ce stade qu'il est plus favorable au recourant de tenir compte,

à l'instar de l'Office AI Berne, du salaire statistique, dès lors qu'il se révèle sensiblement plus élevé que le salaire perçu en 2011 (salaire statistique: Fr. 5'312.-; salaire effectivement perçu en 2011: environ Fr. 4'200.-). Dans ces circonstances, le revenu de valide du recourant peut être chiffré, pour l'année 2014, à Fr. 66'453.- (Table ESS 2014 TA1, total, niveau de compétence 1, augmenté à 41,7 heures de travail par semaine; soit Fr. 5'312.- x 12 mois / 40 heures x 41,7 heures). En 2015, il y a encore lieu d'indexer ce chiffre à l'évolution des salaires, ce qui le porte à Fr. 66'646.- (selon la table ESS T1.1.10, indice des salaires nominaux, hommes, total; 2010: 100; 2014: 103.2; 2015: 103.5; le très faible écart avec le calcul de l'AI [Fr. 66'633.-] est lié à des arrondis et se révèle de toute façon sans conséquence dans le cadre de la présente procédure).

5.4.3 Quant au revenu avec invalidité, on peut retenir ce qui suit.

5.4.3.1 Il faut 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, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3).

5.4.3.2 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte 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).

5.4.3.3 Il convient tout d'abord de souligner que l'octroi d'une rente entière entre le 16 mai 2014 et le 31 août 2015 ne porte pas à la critique, dès lors que le recourant a présenté une incapacité complète de travail entre le 16 mai 2014 et le 16 mai 2015 et, en conséquence, a présenté durant cette période un degré d'invalidité de 100%. L'Office AI Berne a, à raison, attendu la stabilisation de l'état de santé du recourant pendant trois mois à compter du 16 mai 2015 pour finalement mettre un terme à la rente entière d'invalidité au 31 août 2015 (voir ci-avant c. 5.1.2).

5.4.3.4 Pour la période postérieure au 16 mai 2015, l'Office AI Berne s'est référé aux tables statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, ce qui ne porte pas à la critique. En soi, le choix du salaire issu de la Table ESS 2014 TA1 pour une activité simple, soit le même revenu que celui déterminé ci-dessus pour l'année 2015, à savoir Fr. 66'646.- peut être confirmé. Il reste encore à examiner un éventuel abattement sur ce revenu statistique, au vu de son atteinte à la santé et de ses limitations à pouvoir n'exercer qu'une activité professionnelle monomanuelle, étant précisé que les facteurs étrangers à l'invalidité ne peuvent être pris en compte du fait que les deux revenus (avec et sans invalidité) ont été fixés sur la base des données statistiques (TF 8C_42/2008 c. 5). Dans ces circonstances, un abattement de l'ordre de 20%, tel que l'a retenu l'Office AI Berne, se justifie pleinement (voir par exemple TF 9C_649/2018 du 15 janvier 2019 c. 4.4). Le revenu avec invalidité se monte ainsi à Fr. 53'316.- (soit Fr. 66'646.- x 80%), ce qui conduit à un manque à gagner de Fr. 13'330.-, soit un degré d'invalidité de 20% (Fr. 13'330 x 100 / Fr 66'646.-), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'on précisera encore qu'un abattement supérieur, de l'ordre du maximum retenu par la jurisprudence, soit 25%, n'aurait pas ouvert le droit au recourant à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité se montant au maximum à 25%.

6.

En conséquence, le recours doit être rejeté.

6.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

6.2 L'assuré a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

6.2.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

6.2.2 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir pièces jointes à sa demande d'assistance judiciaire); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne les conditions matérielles de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée retenir que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête peut dès lors être admise et l'assuré mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocate qui a représenté le recourant durant la présente procédure est désignée en qualité de mandataire d'office.

6.2.3 La note d'honoraires du 12 décembre 2018 de l'avocate du recourant fait montre d'honoraires à hauteur de Fr. 1'890.- pour 7 heures de travail au tarif horaire de Fr. 270.- et ne porte pas à la critique. Les honoraires de l'avocate du recourant sont ainsi taxés à Fr. 1'890.- auxquels s'ajoutent Fr. 85.40 de débours. Eu égard à la jurisprudence du TF relative

à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 1'485.40 au titre du mandat d'office, à savoir des honoraires de Fr. 1'400.- (7 heures à Fr. 200.-, selon l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 85.40 (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

6.2.4 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocate) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. _____ désignée comme avocate d'office.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. _____ sont taxés à Fr. 1'890.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 85.40; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'485.40 (honoraires: Fr. 1'400.-, débours: Fr. 85.40) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer envers le canton prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).