

200.2018.893.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 22 juin 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 31 octobre 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1954, marié et père de deux enfants, a travaillé depuis 1974 dans la même entreprise en tant que plâtrier. Il a subi en 1988 une première opération de hernie discale L4/L5. Au cours de l'année 2011, il a commencé à ressentir des douleurs lomboradiculaires persistantes à gauche, qui ont provoqué des incapacités de travail successives depuis le 16 novembre 2011. Malgré les traitements, séjours hospitaliers et opérations entrepris (interventions des 15 juillet 2013, 7 janvier 2014 et 19 juin 2015), l'évolution ultérieure de son état de santé s'est révélée défavorable, une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite s'étant ajoutée aux troubles lombaires initiaux. Le 28 janvier 2014, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 avril 2014 en raison de son incapacité de travail de longue durée.

Le 18 octobre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). L'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitant l'assuré et des informations de la part de son employeur. Un stage d'observation professionnelle en vue d'un placement a aussi été organisé du 19 mai au 17 août 2014, néanmoins sans succès. Un second stage d'observation professionnelle, organisé du 23 mars au 21 juin 2015, a dû être interrompu le 30 avril 2015 en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, ce qui a conduit l'Office AI Berne à examiner son droit à la rente. Après avoir recueilli de nouveaux rapports des médecins traitants ainsi que plusieurs prises de position de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne, dans une préorientation du 25 février 2016, a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer rétroactivement une rente entière du 1^{er} août 2013 au 31 mai 2014, un quart de rente du 1^{er} juin 2014 au 31 août 2015, une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2015, puis un quart de rente à partir du 1^{er} janvier 2016. Nonobstant les objections formulées par le mandataire de l'assuré, l'Office AI Berne a rendu le 12 octobre 2016 une décision formelle en tous points semblable à la préorientation du 25 février 2016.

Par jugement du 23 mars 2017 (JTA AI/2016/1103) la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis le recours interjeté le 9 novembre 2016 par l'assuré contre la décision précitée du 12 octobre 2016. Le TA a considéré que les incertitudes constatées quant à l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant qui découlaient des différentes pièces au dossier ne permettaient pas de retenir de manière fiable que l'état de santé de l'assuré s'était véritablement sensiblement amélioré à partir de mars 2014 dans une mesure influençant sa capacité de travail et de gain, que la modification du droit à la rente du recourant avec effet au 1^{er} juin 2014 n'était pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante, et qu'il en allait de même de l'évolution du cas du recourant dès le mois de mars 2015 et de la nouvelle diminution d'une rente entière à un quart de rente prononcée par l'intimé dès janvier 2016. La décision de l'Office AI Berne du 12 octobre 2016 a dès lors été annulée dans la mesure où elle prononçait une réduction de la rente entière allouée au recourant du 1^{er} août 2013 au 31 mai 2014 et du 1^{er} septembre au 31 décembre 2015 à un quart de rente du 1^{er} juin 2014 au 31 août 2015 et dès le 1^{er} janvier 2016, et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé afin d'entreprendre une expertise médicale pluridisciplinaire et de rendre une nouvelle décision se prononçant sur la justification éventuelle de révisions successives de la rente d'invalidité du recourant.

B.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne a organisé une expertise médicale pluridisciplinaire comprenant des spécialistes en médecine interne générale, neurologie, orthopédie et psychiatrie. Le centre d'expertises médicales mandaté à cet effet a rendu son rapport en date du 26 février 2018 et l'a complété le 30 avril 2018 en réponse aux questions complémentaires posées par l'Office AI Berne le 15 mars 2018. Sur cette base, par préorientation du 17 juillet 2018, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2013 au 31 janvier 2014, un quart de rente du 1^{er} février 2014 au 31 août 2015, puis à nouveau une rente entière à partir du 1^{er} septembre 2015.

Nonobstant les objections présentées le 2 août 2018 par le mandataire de l'assuré concernant la réduction à un quart de rente de février 2014 à août 2015, l'Office AI Berne, après avoir encore requis le 25 juillet 2018 et obtenu le 27 septembre 2018 un complément de l'expertise médicale pluridisciplinaire déterminante, a confirmé sa préorientation du 17 juillet 2018 par une décision formelle rendue le 31 octobre 2018.

C.

Par acte du 28 novembre 2018, l'assuré, représenté par le même avocat, a recouru contre la décision précitée du 31 octobre 2018 auprès du TA. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité aussi pour les mois de février 2014 à août 2015, et subsidiairement à une demi-rente pour ladite période. Dans son mémoire de réponse du 20 décembre 2018, l'Office AI Berne a conclu à une réforme de la décision contestée en défaveur du recourant, dans la mesure où, selon lui, il y aurait lieu d'allouer au recourant trois quarts de rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2015, et non pas une rente entière. Le 17 janvier 2019, le recourant a confirmé ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 31 octobre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2013 au 31 janvier 2014 et à nouveau dès le 1^{er} septembre 2015, ainsi qu'un quart de rente du 1^{er} février 2014 au 31 août 2015. Au vu des conclusions des deux parties, l'objet du litige porte sur l'octroi d'une rente entière aussi du 1^{er} février 2014 au 31 août 2015 ou subsidiairement d'une demi-rente pour cette période, ainsi que sur la réduction à trois quarts de rente d'invalidité à

partir du 1^{er} septembre 2015 au lieu d'une rente entière. Le recourant conteste en particulier que l'on puisse retenir de manière fiable, selon un degré de vraisemblance prépondérante, que son état de santé se soit véritablement amélioré à partir d'octobre 2013, les experts ayant omis de se prononcer sur cette question et leur rapport complémentaire du 30 avril 2018 étant lacunaire. L'intimé fait pour sa part valoir qu'il y aurait lieu de renoncer à retenir un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé pris en compte dans le calcul du degré d'invalidité du recourant à partir de septembre 2015, ce qui aboutirait à l'octroi de trois quarts de rente depuis le 1^{er} septembre 2015, et non pas d'une rente entière.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). En outre, le Tribunal n'étant pas lié par les conclusions des parties (voir c. 1.4 ci-dessous), la conclusion de l'intimé, tendant à une modification de la décision en défaveur du recourant, est également recevable.

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante 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).

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 l'art. 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

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 corrélation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). 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 (TF), 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).

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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

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. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1). 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). 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 économique 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).

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 moyens de preuve 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). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.1).

2.7 L'administration, en tant qu'autorité de décision, et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plutôt retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

3.

En premier lieu, il convient de traiter de la conclusion prise par l'intimé visant à réformer la décision contestée en défaveur du recourant et à réduire à trois quarts de rente la rente entière qui lui a été allouée depuis le 1^{er} septembre 2015.

3.1 D'après la jurisprudence, dans les cas où une (ou plusieurs) décision(s) accorde(nt) rétroactivement une rente pour la supprimer ou la diminuer par la suite, même si seule la suppression ou la diminution est contestée, l'ensemble du rapport de droit est soumis à l'examen judiciaire (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2d). En l'occurrence, l'objet de la contestation consiste dans une nouvelle décision rendue par l'intimé après que la cause lui a été renvoyée par le jugement de la Cour de céans du 23 mars 2017 (JTA précité AI/2016/1103), celle-ci ayant considéré que la modification du droit à la rente du recourant avec effet au 1^{er} juin 2014 n'était pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante, et qu'il en allait de même de l'évolution du cas du recourant dès le mois de mars 2015 et de la nouvelle diminution d'une rente entière à un quart de rente prononcée par l'intimé dès janvier 2016. Dans son jugement du 23 mars 2017, la Cour a expressément souligné dans ses considérants que l'octroi au recourant d'une rente entière pour les périodes du 1^{er} août 2013 au

31 mai 2014 et du 1^{er} septembre au 31 décembre 2015 était justifié et fondé (JTA AI/2016/1103 c. 3.1 et 4.5). Or, si la première décision n'a été attaquée que partiellement, seule la partie attaquée peut – après renvoi pour nouvelle décision sur cet aspect – constituer l'objet du litige d'une procédure de recours ultérieure. Si l'on tolérait que de nouveaux griefs soient soulevés dans la deuxième procédure de recours, cela aurait pour effet de permettre que des points réglés dans le cadre de la première procédure de recours soient soumis à un nouvel examen des juges uniquement parce que l'instance antérieure n'a pas tranché elle-même, mais renvoyé l'affaire. Cela aboutirait à une *revisio in iure*, ce qui n'est pas acceptable (RCC 1986 p. 54 ss c. 2a). Il s'ensuit que le droit du recourant à une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2015 ne peut plus être remis en cause dans la présente procédure.

3.2

3.2.1 Il en va par ailleurs de même pour ce qui concerne la période ultérieure, à partir du 1^{er} janvier 2016. En effet, le seul motif pour lequel l'intimé entend réduire la rente entière du recourant à trois quarts de rente réside dans la suppression de la prise en compte d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé dans la comparaison des revenus déterminant le degré d'invalidité. Or au vu du profil d'exigibilité défini par l'expertise pluridisciplinaire du 26 février 2018 et ses compléments des 30 avril et 27 septembre 2018, la capacité de travail du recourant à partir du 19 septembre 2015 est limitée à 50% dans une activité adaptée en position alternée assise et debout, avec des déplacements de dix minutes au maximum, un port de charge occasionnel limité à 5 kg compte tenu des lombalgies, sans déplacement répété dans des escaliers compte tenu des mêmes lombalgies, sans avoir à porter le bras en hauteur de façon répétée, en évitant les mouvements de rotation répétés de l'épaule et en ayant de façon idéale l'avant-bras droit reposant sur un support compte tenu de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs; les experts estiment que dans ces conditions, on pourrait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à 50% compte tenu des douleurs lombaires et du syndrome dépressif moyen, les lombalgies et les douleurs neurogènes du membre

inférieur gauche relevées nécessitant des pauses régulières responsables d'une diminution de 50% du rendement de l'assuré.

3.2.2 S'agissant de la possibilité de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte dans la comparaison des revenus en tant que revenu d'invalidé, la jurisprudence a précisé qu'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 (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). 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).

3.2.3 Cela étant, au vu de l'âge du recourant, de son absence de formation professionnelle certifiée et de son parcours professionnel ayant toujours consisté dans des travaux physiquement pénibles, ainsi que des limitations considérables émanant du profil d'exigibilité posé par les experts, eu égard également aux conséquences des troubles psychiques constatés, l'ensemble des circonstances du cas d'espèce laisse apparaître qu'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé à prendre en considération depuis le mois de septembre 2015, comme retenu par l'intimé dans la décision contestée, s'avère pleinement justifié.

3.3 La conclusion de l'intimé tendant à une modification de la décision contestée en défaveur du recourant doit ainsi être rejetée.

4.

4.1 Dans la décision contestée du 31 octobre 2018, l'Office AI Berne a considéré que d'un point de vue médical, le recourant était à nouveau en mesure d'exercer depuis le 15 octobre 2013 une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement entre 10 et 15%. Sur cette base, l'intimé a calculé le degré d'invalidité applicable dès octobre 2013 en prenant en compte, comme revenu d'invalidé, le salaire statistique émanant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique 2014, table A1, niveau de compétences 1, hommes, et en retranchant une diminution de rendement de 12,5% (moyenne entre 10% et 15%) ainsi qu'un abattement de 10%. En comparant le revenu d'invalidé ainsi obtenu de Fr. 52'331.- avec un revenu sans invalidité de Fr. 97'160.-, l'intimé est parvenu à un degré d'invalidité de 46%, ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} février 2014.

4.2 Le recourant conteste quant à lui le fait qu'il ait connu une amélioration de son état de santé à partir d'octobre 2013 lui permettant d'exercer à nouveau une activité lucrative. Il invoque en particulier que les experts mandatés par l'intimé n'ont fait que rapporter, sur la question de l'évolution de l'état de santé du recourant en 2014 et 2015, la décision de l'Office AI Berne de 2016, laquelle avait pourtant été annulée par le TA dans son jugement du 23 mars 2017 (JTA AI/2016/1103 précité). Il fait ensuite valoir qu'invités par l'intimé à se prononcer de manière plus précise sur cette question, les experts ont répondu dans leur complément du 30 avril 2018 qu'ils estimaient qu'une activité lucrative était possible trois mois après l'opération subie le 19 juin 2013, en motivant cette appréciation uniquement par l'affirmation qu'il s'agissait là du délai habituel nécessaire à une convalescence complète suite à l'opération en question, sans se référer de manière concrète aux indications du dossier personnel. Il souligne également que la décision de l'intimé du 12 octobre 2016 n'avait pas fait l'objet d'un recours en tant qu'elle lui octroyait une rente entière jusqu'à fin mai 2014 et qu'il était selon lui douteux que l'Office AI Berne puisse revenir valablement sur cette question et décider qu'il n'aurait droit qu'à un quart de rente pour les mois de février à mai 2014, alors même que la première décision de 2016 était en principe définitive sur ce point. Pour

le surplus, le recourant déclare qu'il n'est nullement établi, malgré la nouvelle expertise pluridisciplinaire du 26 février 2018 et ses compléments des 30 avril et 27 septembre 2018, que l'on puisse dorénavant retenir de manière fiable, selon un degré de vraisemblance prépondérante, que son état de santé se serait véritablement amélioré à partir d'octobre 2013. Il argue à cet égard que l'évaluation des experts ne tient pas compte de ses autres problèmes, soit la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, dont le SMR reconnaissait pourtant (n.d.r.: rapports du 16 février et du 27 mai 2016) qu'elle avait aggravé sa situation de santé, ainsi que ses problèmes aux mains, pour lesquels il avait subi une opération en janvier 2014, ou encore sa dépression.

5.

Pour rendre sa décision du 31 octobre 2018, contestée dans la présente procédure, l'Office AI Berne s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie, neurologie et psychiatrie) du 26 février 2018 et les rapports complémentaires des experts des 30 avril et 29 septembre 2018.

5.1 Dans leur expertise de 26 février 2018, les spécialistes mandatés par l'intimé ont énuméré en détail tous les avis médicaux antérieurs figurant au dossier de l'AI et résumé l'histoire du patient depuis l'opération de hernie discale L5/S1 subie par le recourant en septembre 1988. Ils ont ensuite procédé à une anamnèse générale et systématique, englobant les aspects familiaux et professionnels ainsi que la situation sociale actuelle, puis relevé les plaintes subjectives émises par l'assuré lors de son examen personnel.

5.1.1 Dans son expertise spécialisée du 19 décembre 2017, l'expert orthopédiste a indiqué, comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un status après intervention rachidienne avec arthrodèse étendue de L3 à S1 et une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec involution graisseuse. Sans influence sur la capacité de travail, il relève une neurolyse du nerf cubital au coude avec persistance de quelques parésies ainsi qu'un status après interventions chirurgicales pour

hernie inguinale gauche. Analysant la capacité de travail du patient, le praticien déclare que l'ancienne activité dans le bâtiment consistant dans des travaux d'isolation des murs n'est plus exigible, compte tenu de cette activité lourde incompatible avec une arthrodèse lombosacrée et afin de ne pas aggraver le status lombaire. Dans une activité adaptée (voir ci-dessus c. 3.2), il estime que le patient peut vaquer à une activité professionnelle réalisée à 50% compte tenu des douleurs lombaires. L'expert précise encore qu'il n'y a pas d'indication à une nouvelle chirurgie lombaire et que le pronostic du retour dans une activité professionnelle est sombre.

5.1.2 Dans le consilium psychiatrique du 23 janvier 2018, l'expert psychiatre a soigneusement consigné ses observations ainsi que les déclarations et les plaintes personnelles du recourant. Dans son anamnèse, il a par ailleurs recensé tous les symptômes constatés par lui-même et évoqués par le patient. Evaluant la situation actuelle du patient, il relève que ce dernier présente une baisse d'humeur et une anhédonie avec des éléments de colère et des éléments d'anxiété, et indique que les éventuelles atteintes cognitives dues à la dépression sont difficiles à préciser en raison d'une collaboration difficile et du manque de réponses détaillées aux questions posées. Il estime que les éléments constatés correspondent à un épisode dépressif moyen (ch. F32.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation internationale de la santé [OMS]) et conclut que ce diagnostic présente une limitation de la capacité de travail de 50%. L'expert psychiatre précise encore qu'il est difficile de situer le début de la dépression, l'assuré parlant d'un début il y a cinq à six ans, coïncidant avec la prise en charge somatique qui aurait débouché sur des douleurs chroniques, et qu'avant cette période, il semblait avoir été intégré et joui d'une bonne qualité de vie. Le praticien préconise une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique afin d'accompagner l'assuré dans une période de transition de vie ainsi qu'une réévaluation de l'efficacité du traitement médicamenteux en cours. Il déclare que ces mesures sont exigibles afin d'améliorer la capacité de travail, qui pourrait évoluer dans les six à neuf mois après l'adaptation du traitement, et de prévenir une aggravation de la dépression. Enfin, il pose un pronostic

favorable sur le plan psychiatrique, sous réserve d'une prise en charge médicamenteuse efficace pouvant être évaluée régulièrement.

5.1.3 L'expertise neurologique spécialisée relate elle aussi en détail les troubles dont se plaint l'assuré ainsi qu'une anamnèse personnelle. Dans sa synthèse, l'experte neurologue a elle aussi procédé à une discussion approfondie de la situation du patient et analysé les tenants et les aboutissants de ses constatations sur la capacité de travail de l'assuré. Elle relève l'absence de traitement spécifique des douleurs neurogènes et que les douleurs du membre inférieur gauche constatées correspondent à des douleurs neurogènes sur une radiculopathie L4 séquellaire. Comme diagnostics neurologiques ayant une influence sur la capacité de travail, elle retient une arthrodèse de la colonne lombaire L3-S1 (ch. Z98.1 CIM-10) et une radiculopathie lombaire L4 et L5 gauche (ch. M54.16 CIM-10); sans incidence sur la capacité de travail, elle constate un status post lésion du nerf ulnaire en 2014 (ch. G56.2 CIM-10). Elle précise aussi que les douleurs radiculaires sont déclenchées par la marche et le maintien des positions, ce qui provoque une compression ou une irritation intermittente de la racine dans ce contexte dégénératif et post-opératoire lombaire. L'experte est d'avis que les douleurs liées à la compression ou à l'irritation intermittente ne pourront probablement pas être calmées de façon satisfaisante par des médicaments spécifiques pour douleurs neurogènes et que le meilleur calmant reste d'éviter les positions qui provoquent les douleurs. Elle pense aussi que le rendement ne pourra probablement pas être amélioré par la mise en place d'un traitement spécifique des douleurs neurogènes et qu'il n'est pas justifié d'exiger de l'expertisé la mise en place d'un traitement spécifique. Elle conclut que le taux de travail sur le plan purement neurologique, dans une activité adaptée, serait en lui-même de 100%, mais que le rendement sera diminué de 50% en raison des douleurs neurogènes du membre inférieur gauche et la capacité de travail sur le plan purement neurologique dès lors limitée à 50% dans une activité adaptée.

5.1.4 Dans leur appréciation interdisciplinaire, les experts ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants:

- un syndrome vertébral chronique avec status post arthrodèse étendue du rachis lombaire de L3 à S1 en juillet 2013 et juin 2015 et radiculopathie lombaire L4 et L5 à gauche,
- une rupture étendue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec involution graisseuse,
- un épisode dépressif moyen.

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail constatés consistent en un status post lésion du nerf ulnaire en 2014 et un status post cure chirurgicale d'une hernie inguinale gauche.

Dans leur synthèse, les experts déclarent que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée selon le profil d'exigibilité déjà mentionné plus haut (c. 3.2) est limitée sur le plan orthopédique par le status post chirurgie rachidienne avec arthrodèse étendue et par la rupture étendue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dans un ordre de grandeur de 50%, et qu'elle est également limitée à 50% sur le plan neurologique en raison des douleurs neurogènes du membre inférieur gauche. Ils estiment que le status post atteinte du nerf ulnaire droit et la polyneuropathie des membres inférieurs ne constituent quant à eux aucune limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, ils indiquent que l'assuré présente un épisode dépressif moyen qui limite également la capacité de travail à 50%. Sur la base de ces constatations, ils concluent à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. S'agissant de l'évolution temporelle de l'incapacité de travail, les experts notent rétrospectivement, au vu du dossier, des incapacités de travail à divers taux en tant que plâtrier attestées à l'assuré à partir du 16 novembre 2011, puis une incapacité de travail totale à partir du 23 août 2012 en raison de maux de dos et de restrictions de la capacité de marche. Ils constatent que la demande de prestations AI date du 18 octobre 2012, qu'une rente complète [recte: entière] a été accordée du 1^{er} août 2013 au 31 mai 2014, un quart de rente du 11 juin 2014 au 31 août 2015, puis à nouveau une rente complète du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2015 et un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2016.

5.1.5 Constatant que les experts n'avaient pas expressément pris position quant à l'évolution précise dans le temps de l'incapacité de travail du recourant, l'Office AI Berne a, par courrier du 15 mars 2018, invité ceux-ci à compléter leur expertise sur ce point, en particulier à se déterminer sur la durée de l'incapacité de travail totale suite aux opérations subies en 2013 et en 2015 et sur l'application du profil d'exigibilité défini par les experts.

Dans leur rapport complémentaire du 30 avril 2018, les experts évaluent la durée de l'incapacité de travail totale suite à l'opération de juillet 2013 à trois mois, déclarant qu'il s'agit du délai habituellement nécessaire pour une convalescence complète après une telle chirurgie, et estiment qu'une activité adaptée est possible à partir du 15 octobre 2013, selon le profil d'exigibilité posé par le spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR dans son rapport du 13 janvier 2015, à savoir une activité légère à moyennement contraignante physiquement, faisant alterner les charges, avec une limite de poids de 5 à 10 kg maximum, sans levage répétitif et sans position penchée ou forcée, ni de façon prolongée au-dessus de la hauteur de la tête, ni nécessitant une dextérité fine de la main droite. Quant à la durée de l'incapacité de travail totale consécutive à l'opération de juin 2015, les experts l'estiment également à trois mois et déclarent que la reprise d'une activité adaptée, telle que décrite dans leur profil d'exigibilité (voir ci-dessus c. 3.2), était possible pour le recourant à partir du 19 septembre 2015.

5.1.6 Après avoir reçu les objections de l'assuré du 2 août 2018 contre la réorientation du 17 juillet 2018, l'Office AI Berne a encore invité les experts, par courrier du 25 juillet 2018, à compléter leur expertise sur le plan psychiatrique. Dans leur prise de position du 27 septembre 2018, ils ont déclaré que la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique conseillée ne permettra probablement pas d'augmenter la capacité de travail somatique (orthopédique et neurologique) globale évaluée à 50%, en particulier sur le plan orthopédique, cette dernière étant limitée par un status post-chirurgie rachidienne avec arthrodèse étendue et par la rupture étendue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, qui sont des atteintes indépendantes du status psychique de l'assuré. Sur le plan neurologique, les experts sont d'avis que la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique est exigible dans le cadre de la prise en charge des

douleurs neurogènes, mais que ces douleurs étant liées à une compression ou irritation intermittente d'une racine nerveuse, elles ne pourront probablement pas être calmées de façon satisfaisante. Ils estiment que l'on peut donc s'attendre à ce que ce traitement apporte une certaine amélioration de la qualité de vie de l'assuré, mais probablement pas une amélioration de sa capacité de travail. Les experts concluant que ceci ne pouvait toutefois pas être affirmé avec certitude, ils indiquent qu'une évaluation de la capacité de travail six à neuf mois après adaptation de l'ensemble des mesures thérapeutiques est nécessaire pour juger de l'évolution. Ils précisent enfin que selon l'expert psychiatre, la non-prise en charge psychiatrique pourrait, de manière hypothétique, aggraver la dépression et que dans ce contexte, on se trouverait en présence d'une baisse de l'état général et d'une moins bonne capacité à observer les traitements prescrits sur le plan somatique, ce qui pourrait aggraver l'état de santé global.

5.2

5.2.1 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).

5.2.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, l'expertise pluridisciplinaire du 26 février 2018 et ses compléments des 30 avril et 27 septembre 2018 répondent aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en médecine interne, orthopédie, psychiatrie et neurologie ne sauraient être mises en doute. Ceux-ci ont par ailleurs procédé à un examen personnel du recourant les 19 décembre 2017 et 23 janvier 2018, pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale,

personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que les nombreux avis médicaux antérieurs. 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, sous réserve des considérations qui suivent.

5.2.3 Sur le plan matériel, au vu des évaluations des experts et de leur appréciation de la capacité de travail du recourant et de son évolution dans le temps, force est toutefois de constater que l'expertise du 26 février 2018 et ses compléments ne permettent pas de conclure selon un degré de vraisemblance prépondérante à une amélioration durable de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant dès octobre 2013. En effet, à cet égard, le rapport complémentaire des experts du 30 avril 2018 se contente de motiver une telle amélioration par la seule assertion du délai habituellement nécessaire pour une convalescence complète après une opération telle que celle du 15 juillet 2013 (spondylodèse dorsale et décompression L4/S1). Les experts ont néanmoins omis de prendre en considération que le 7 janvier 2014, le recourant a subi une nouvelle opération visant à pallier une lésion du nerf ulnaire du bras droit consécutive à l'opération du 15 juillet 2013. A cet égard, dans son rapport du 12 février 2014, le chirurgien ayant opéré le recourant le 7 janvier 2014 estimait que le nerf ulnaire droit allait se rétablir en partie, mais déclarait qu'il y avait lieu d'attendre encore au moins une demi-année pour déterminer dans quelle mesure. En outre, il attestait à son patient une incapacité de travail totale dès le 7 janvier 2014 (date de l'opération) pour une durée de vraisemblablement deux mois. Par ailleurs, comme déjà relevé plus haut (voir ci-dessus c. 3.1), dans son jugement du 23 mars 2017, le TA a expressément admis que l'octroi au recourant d'une rente entière pour les périodes du 1^{er} août 2013 au 31 mai 2014 et du 1^{er} septembre au 31 décembre 2015 était justifié et fondé, et rien ne permet de revenir dans le cadre de la présente procédure sur les considérations émises dans le jugement en question par la Cour de céans, prenant en considération les nombreux avis médicaux relatifs à la période en question et auquel il y a lieu de renvoyer sur ce point (JTA AI/2016/1103 c. 3.1 et 4.5). Il s'ensuit que le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à

partir du 1^{er} août 2013 perdue en tous les cas jusqu'au 31 mai 2014. Compte tenu du rapport précité du 12 février 2014 du chirurgien ayant pratiqué l'opération du 7 janvier 2014, il faut en effet admettre que l'incapacité de travail totale du recourant consécutive à l'opération en question a duré jusqu'à début mars 2014 (amélioration de l'état de santé propre à motiver une révision de la rente si l'amélioration a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication soit à craindre, art. 88a al. 1 RAI). Il convient dès lors d'examiner encore s'il existe un motif de révision de cette rente, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa (voir ci-dessus c. 2.4), permettant de diminuer la rente entière avec effet au 1^{er} juin 2014.

5.3 Sur ce point, pour la période ultérieure, on ne saurait pas non plus retenir le profil d'exigibilité posé par les experts tel que précisé dans leur rapport complémentaire du 30 avril 2018 (voir ci-dessus c. 5.1.5). En effet, comme déjà relevé, ce profil émane d'un rapport du 13 janvier 2015 du spécialiste en chirurgie orthopédique du SMR, auquel les experts se contentent de renvoyer. Dans ledit rapport, le spécialiste prénommé n'indique toutefois aucune date ni période concrète à partir de laquelle ses conclusions seraient applicables et ne se prononce aucunement quant à l'évolution dans le temps de la capacité de travail de l'assuré. Au demeurant, la question qui lui était alors posée par l'intimé, à laquelle il répond dans son rapport, se limitait à savoir si l'assuré était effectivement en mesure d'effectuer une réadaptation professionnelle. Les conclusions du rapport du SMR du 13 janvier 2015, auxquelles se réfèrent les experts dans leur rapport complémentaire du 30 avril 2018, ne rendent dès lors nullement vraisemblable de manière prépondérante que le recourant était en mesure d'exercer durablement une activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité indiqué, que ce soit à partir du 15 octobre 2013 ou depuis début mars 2014. Il faut encore souligner que la Cour de céans, dans son jugement du 23 mars 2017, avait expressément stipulé que l'estimation de la capacité de travail résiduelle et de son évolution opérée par le SMR dans ses différents rapports, sur laquelle l'intimé s'était fondé pour rendre la première décision de rente du 12 octobre 2016, n'était pas convaincante. Par ailleurs, le TA avait notamment spécifiquement renvoyé la cause à l'intimé dans le but d'élucider la question d'une atteinte psychique dépressive et de son intrication avec les autres atteintes somatiques

constatées, qui n'avait jusqu'alors jamais fait l'objet d'un examen médical psychiatrique spécialisé (JTA précité AI/2016/1103 c. 4.4). Or sur ce point, l'expertise du 26 février 2018 a mis en évidence que le recourant était atteint d'un épisode dépressif moyen ayant des incidences sur sa capacité de travail, limitant celle-ci à 50%. A cet égard, dans leur rapport complémentaire du 27 septembre 2018, les experts ont d'ailleurs indiqué qu'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique ne permettrait probablement pas d'augmenter la capacité de travail somatique (orthopédique et neurologique). Pour ces motifs également, le profil d'exigibilité posé par les experts, correspondant à celui du rapport du SMR du 13 janvier 2015, ne convainc pas, dans la mesure où le spécialiste du SMR ne mentionnait une composante dépressive chez l'assuré qu'en tant que diagnostic sans influence sur la capacité de travail.

5.4 Dans son jugement du 23 mars 2017, le TA avait déjà considéré qu'un motif de révision de la rente entière du recourant entraînant une diminution de cette prestation à un quart de rente dès le 1^{er} juin 2014 n'était pas avéré selon un degré de vraisemblance prépondérante. Or en l'occurrence, au vu de ce qui précède, il faut reconnaître que l'expertise du 26 février 2018 et ses compléments des 30 avril et 27 septembre 2018 ne permettent pas non plus de l'admettre. Comme déjà relevé dans le jugement du 23 mars 2017 (JTA précité AI/2016/1103 c. 4.2.3), les incertitudes concernant l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant découlant des nombreux avis médicaux figurant au dossier ne laissent pas conclure, selon un degré de vraisemblance prépondérante, à une amélioration sensible de l'état de santé du recourant à partir d'octobre 2013 ou de mars 2014 dans une mesure suffisante pour influencer durablement sa capacité de travail et de gain, contrairement à ce que voudrait l'intimé. Cela étant, force est de conclure que l'Office AI Berne n'établit pas en suffisance l'existence d'un motif de révision, au sens de l'art. 17 LPGA, de la rente entière allouée à bon droit au recourant à partir du 1^{er} août 2013.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision contestée du 31 octobre 2018 est annulée dans la mesure où elle prononce la diminution à un quart de rente du 1^{er} février 2014 au 31 août 2015 de la rente entière allouée au recourant du 1^{er} août 2013 au 31 janvier 2014 et depuis le 1^{er} septembre 2015. Le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} août 2013 pour une durée indéterminée.

6.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée après l'entrée en force du présent jugement.

6.3 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). S'agissant de la présente procédure de recours de droit administratif, le mandataire professionnel du recourant a produit une note d'honoraires le 13 mai 2020 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. L'intimé versera donc au recourant un montant de Fr. 1'663,95 (honoraires: Fr. 1'500.-; débours: Fr. 45.-; TVA [7,7%]: Fr. 118,95) au titre de remboursement de ses dépens.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision de l'Office AI Berne du 31 octobre 2018 annulée dans la mesure où elle prononce la diminution de la rente entière allouée au recourant à un quart de rente du 1^{er} février 2014 au 31 août 2015. Le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} août 2013 pour une durée indéterminée.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée après l'entrée en force du présent jugement.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'663,95 (débours et TVA compris) au titre de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - 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).