

200.2018.919.AI
N° AVS
BCE/REN

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

Jugement du 25 mars 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
U. Loosli et C. Tissot, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

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 7 novembre 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1964, est marié et père de deux enfants (dont l'un mineur né en 2006). Sans formation professionnelle, il a travaillé en dernier lieu et jusqu'en 2000 dans une entreprise en qualité d'ouvrier préposé aux expéditions. Suite à un accident survenu le 10 juin 2000, l'assuré a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, datée du 3 mai 2004, indiquant être atteint à l'épaule gauche (mobilité limitée). Sur la base d'une expertise pluridisciplinaire du 14 mai 2007 d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), l'Office AI a, par décision du 15 novembre 2007, octroyé à A. _____ une rente entière du 1^{er} mai 2003 au 31 mai 2004; au-delà de cette date, il a nié le droit à la rente, compte tenu d'un degré d'invalidité de 15%. De son côté, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) a octroyé à A. _____ une rente correspondant à une incapacité de gain de 16% à compter du 1^{er} août 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% (décision du 20 août 2004 et décision sur opposition du 15 octobre 2004). Suite à une requête de l'assuré dans ce sens, datée du 21 novembre 2007, l'Office AI Berne a accordé à ce dernier des mesures de placement par communication du 5 décembre 2007 qui ont été interrompues sur demande de l'intéressé le 26 novembre 2007.

Par courrier parvenu à l'Office AI le 13 juin 2008, A. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI en invoquant une aggravation de son état de santé. Une décision rendue le 17 mars 2009 par l'Office AI Berne (suite à une préorientation du 5 novembre 2008) niant le droit à une rente d'invalidité a été confirmée par jugement du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) du 21 décembre 2009 (JTA AI/2009/448 du 21 décembre 2009), faute d'aggravation notable de l'état de santé de l'assuré par rapport au prononcé initial négatif du 15 novembre 2007. Suite à un courrier du 22 janvier 2010 de l'assuré, l'Office AI Berne a accordé à ce dernier des mesures d'intervention précoce sous forme de conseils à la réadaptation ainsi qu'un entraînement au travail ayant débouché sur un engagement à 50% auprès d'une fondation exploitant des ateliers protégés

et un foyer destiné à l'accueil de personnes adultes vivant avec un handicap.

B.

L'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI datée du 8 août 2011 (reçue par l'Office AI le 9 août 2011) et a invoqué, dans un courrier du 7 septembre 2011, une opération du genou. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis des rapports médicaux auprès des médecins traitants et pris conseil auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Au vu des conclusions de celui-ci, l'Office AI Berne a informé l'intéressé, le 22 juin 2012, qu'il entendait refuser tout droit à une rente d'invalidité (compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%). Après réception des objections formulées le 21 août 2012 par A._____, représenté par une juriste d'une fondation d'entraide et d'information pour personnes en situation de handicap, à l'encontre de ce préavis, l'Office AI Berne a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR. Sur recommandations de celui-ci, l'Office AI Berne a diligenté une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neuropsychologie, orthopédie et psychiatrie et psychothérapie) réalisée les 5 décembre 2013 et 22 janvier 2014 auprès d'un centre d'expertise médicale (CEMed; rapport d'expertise y relatif du 24 avril 2014). Après avoir recueilli de nombreux rapports médicaux des médecins traitants ainsi que plusieurs avis de son SMR, l'intimé a rendu une nouvelle préorientation le 20 juin 2016 (annulant et remplaçant celle du 22 juin 2012) par laquelle il a reconnu le droit à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} mai au 30 septembre 2015 (en raison d'une opération au genou en date du 12 février 2015) et nié pour le surplus tout droit à une rente d'invalidité (dos. AI 226). Suite aux objections formulées par l'assuré (toujours représenté par la même juriste) le 26 août 2016, l'Office AI Berne a consulté tant son spécialiste SMR en médecin interne générale que sa spécialiste SMR en psychiatrie et psychothérapie puis, sur recommandations de cette dernière, a mandaté un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie afin d'effectuer une expertise psychiatrique de l'assuré. Celui-ci a produit son rapport le 5 juillet 2017. Sur cette base, par préorientation du 16 novembre 2017

(annulant et remplaçant celle du 20 juin 2016), l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait octroyer à ce dernier une rente d'invalidité entière de durée limitée entre le 1^{er} mai et le 30 septembre 2015 et refuser pour le surplus toute rente d'invalidité. En dépit des objections du recourant datées du 12 février 2018 (toujours représenté par la même mandataire) et après avoir recueilli des rapports médicaux des médecins traitants ainsi que des spécialistes SMR (dont notamment un spécialiste en orthopédie), l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation par décision du 7 novembre 2018.

C.

Représenté par un nouveau mandataire professionnel d'un autre organisme d'utilité publique, l'assuré a porté le litige devant le TA le 6 décembre 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au constat du droit aux prestations de l'AI et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 25 janvier 2019, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 28 février 2019 l'avocat du recourant a produit sa note d'honoraires et a pris position sur le mémoire de réponse de l'intimé. Par courrier du 28 mars 2019, le recourant a encore déposé un rapport médical complémentaire. L'Office AI Berne a renoncé à prendre position par courrier du 23 avril 2019 et l'assuré a déposé un complément à la note d'honoraires de son représentant en date du 7 mai 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 7 novembre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue au recourant une rente entière du 1^{er} mai au 30 septembre 2015 et refuse pour le surplus tout droit à une rente. L'objet du litige porte sur l'annulation de

cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente continue d'invalidité, respectivement sur le renvoi de la cause à l'intimé en vue d'une instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant l'instruction lacunaire du dossier au niveau médical, notamment sur le plan orthopédique. Est également litigieux l'abattement de 10% consenti par l'intimé sur le revenu hypothétique avec invalidité, abattement considéré par le recourant comme étant trop bas au vu de sa situation particulière. A ce stade, il faut préciser que l'octroi de la rente entière du 1^{er} mai au 30 septembre 2015, même s'il n'est pas contesté, n'est pas formellement entré en force. En effet, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige et le pouvoir d'examen du juge s'étend, sous réserve du respect du droit d'être entendu, aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.2, 125 V 413 c. 2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 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 précisera néanmoins que la conclusion tendant au constat du droit du recourant à des prestations de l'AI doit être interprétée comme un élément de la motivation du recours (absence d'intérêt digne d'être protégé au constat, lequel est subsidiaire par rapport aux conclusions formatrices visant l'octroi de prestations de la part de l'AI; ATF 122 V 28 c. 2b).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), 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.

2.3

2.3.1 Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI; voir également ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des

circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant le droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

2.3.2 La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

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; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

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).

2.6 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).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé s'est appuyé sur les rapports de son SMR pour affirmer qu'aucun des documents nouvellement versés au dossier n'attestait de manière probante d'une aggravation de l'état de santé somatique. D'un point de vue psychiatrique il a considéré, sur la base de l'expertise psychiatrique du 5 juillet 2017, que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé psychique ayant une quelconque influence sur sa capacité de gain. L'intimé a donc retenu qu'au 9 août 2011 l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée, notamment dans le domaine de

l'industrie légère (conduite de machine semi-automatique, contrôle de qualité) ou dans celui des services (gardiennage, accueil), à un taux d'occupation de 75% et sans diminution de rendement. En outre, il a reconnu que l'intéressé avait subi une intervention chirurgicale en date du 12 février 2015 justifiant selon lui une incapacité de travail dans toute activité d'une durée de 4 mois, soit jusqu'au 12 juin 2015. Pour cette période, il a donc admis que la capacité de gain de l'assuré était temporairement nulle. A compter du 13 juin 2015, l'Office AI Berne a retenu que l'assuré était à même d'exercer à plein temps et sans diminution de rendement toute activité physiquement légère, effectuée essentiellement en position assise, ne nécessitant pas de mouvement répétitif de l'épaule gauche ainsi que toute activité n'impliquant pas de travailler la main gauche au-dessus de l'horizontale, de marcher sur de longues distances et/ou sur sol inégal, de maintenir la position debout de manière prolongée, de monter et descendre régulièrement des escaliers et/ou des échelles ou encore de travailler en position accroupie. L'intimé a donc estimé que dès le 13 juin 2015, l'assuré était en mesure d'œuvrer dans le domaine de l'industrie légère ou dans celui des services. Fort de ces constats, l'Office AI Berne a arrêté le taux d'invalidité du recourant à 26% du 9 août 2011 au 11 février 2015 (en tenant compte d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé), à 100% du 12 février 2015 au 11 juin 2015 et à 0% à partir du 12 juin 2015 (en tenant compte d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé). Partant, il lui a alloué une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai jusqu'au 30 septembre 2015 et nié pour le surplus tout droit à une rente. En renvoyant aux rapports de son SMR des 16 février 2018 (qualifié de partie intégrante de la décision), l'intimé a précisé qu'aucun élément susceptible de remettre en cause le profil d'exigibilité retenu n'avait été apporté par le recourant et qu'une expertise orthopédique n'était pas nécessaire. Dans sa réponse, il a encore précisé que même en tenant compte d'un abattement de 25% tel que préconisé par le recourant, le droit à une rente n'était pas ouvert.

3.2 Par son recours, l'intéressé a reproché à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit la cause faute d'avoir procédé, sur le plan somatique, à une expertise orthopédique et ce malgré les rapports médicaux avancés par l'assuré, notamment celui émis par l'orthopédiste traitant. L'intéressé a

ajouté que les expertises au dossier n'étaient plus d'actualité notamment en raison de l'aggravation de son état de santé (prothèse totale du genou). Finalement, selon l'assuré, un abattement entre 20% et 25% aurait dû être pris en compte par l'Office AI Berne au vu de l'absence de réelles expériences dans tout autre domaine que celui déjà exercé, de son manque de polyvalence et de l'absence de formation certifiée. Dans son mémoire de réplique, le recourant a mentionné que la situation de faits retenue par l'Office AI Berne était incomplète notamment au vu du fait que ce dernier s'était notamment fondé sur l'expertise pluridisciplinaire CEMed du 24 avril 2014 pour apprécier son état de santé somatique alors même qu'une intervention chirurgicale (pose d'une prothèse du genou) avait été réalisée le 12 février 2015, soit après la réalisation de ladite expertise. S'agissant finalement du calcul de l'abattement, le recourant a contesté l'argument soulevé par l'Office AI Berne dans sa réponse et a mentionné qu'il était dans l'intérêt de tout assuré que le calcul du taux d'invalidité soit calculé le plus correctement possible, même si le taux finalement retenu ne donne pas de droit à une rente.

4.

4.1 Comme déjà énoncé ci-dessus (voir c. 2.3.2 ci-dessus), dans le cadre – comme le cas qui nous occupe ici – d'une nouvelle demande, il s'agit de comparer si l'état de fait a évolué de façon significative depuis le dernier examen matériel. En l'espèce, il s'agit ainsi de comparer si la situation du recourant a évolué entre le 17 mars 2009 (date de la dernière décision matérielle prononcée par l'intimé) et le 7 novembre 2018 (date du prononcé ici contesté).

4.2 La décision de refus de rente rendue par l'intimé le 17 mars 2009, qui a été confirmée sur recours (JTA AI/2009/448 du 21 décembre 2009) se basait principalement sur le rapport du 30 octobre 2008 du SMR (dos. AI 73). Dans son rapport, le spécialiste en médecine générale affirmait que l'expertise pluridisciplinaire COMAI du 14 mai 2007 (ayant principalement fondé la décision datée du 15 novembre 2007 d'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2003 au 31 mai 2004, dos. AI 53) restait concluante

et que les éléments avancés par les médecins traitants du recourant étaient connus lors de ladite expertise de sorte que ceux-ci n'apportaient aucun élément nouveau. Dans leur rapport COMAI du 14 mai 2007, les experts mandatés par l'Office AI Berne diagnostiquaient, en tant qu'atteintes avec répercussions sur la capacité de travail, une limitation fonctionnelle en fin de mouvement de l'épaule gauche, des douleurs récidivantes du genou droit et un status après eczéma des mains d'origine multiple. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts relevaient des lombalgies, une obésité, une suspicion de status après attaque ischémique transitoire, un épisode dépressif/trouble de l'adaptation (selon données anamnestiques mais non objectivables au moment de l'établissement de l'expertise; F43.23 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) ainsi qu'une suspicion d'hépatomégalie à l'examen clinique (dos. AI 53/19). Sur cette base, les experts retenaient une capacité de travail médico-théorique de 100% sans diminution de rendement pour une activité adaptée. S'appuyant sur ladite expertise pluridisciplinaire, le spécialiste en médecine générale du SMR, dans son rapport du 30 octobre 2008, a jugé qu'aucune nouvelle expertise n'était nécessaire et qu'une décision médico-théorique s'imposait (dos. AI 73/3).

4.3 Dans le cadre de l'instruction matérielle de la procédure de nouvelle demande ici litigieuse, les éléments médicaux suivants ressortent du dossier:

4.3.1 Sur recommandation du 19 décembre 2012 d'une spécialiste en médecine générale de son SMR (dos. AI 155/2), l'Office AI Berne a procédé à une nouvelle expertise pluridisciplinaire (expertise CEMed; dos. AI 188.1), sur laquelle il s'est notamment fondé pour rendre la décision contestée du 7 novembre 2018. Dans leur rapport du 24 avril 2014, les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de réduction fonctionnelle de l'épaule gauche, douloureuse, après résection claviculaire distale, acromioplastie arthroscopique et régularisation d'une lésion cartilagineuse de la tête humérale en 2000 et 2003, gonarthrose bilatérale, situation après excision d'un lipome du droit

antérieur avec instabilité résiduelle du genou gauche, troubles mnésiques, fléchissement exécutif léger, troubles attentionnels discrets, depuis une date indéterminée (absence de bilan neuropsychologique antérieur). Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique d'épisode dépressif (F32.19 CIM-10), boulimie avec vomissements (F50.2 CIM-10) et possible altération du champ visuel à gauche qui devrait être confirmée par un examen neuro-ophtalmique (dos. AI 188.1/21). Sur le plan de la médecine interne, les experts ont relevé qu'à part l'eczéma aux huiles de nettoyage de machine contraindiquant une activité professionnelle dans les domaines les utilisant, il n'existait aucune limitation à poursuivre une activité comme celle dans l'atelier protégé où l'assuré aimait travailler (dos. AI 188.1/19). Au niveau orthopédique, après avoir mis en avant les deux opérations ayant été réalisées à l'épaule gauche en 2000 et 2003, les experts ont considéré que les restrictions définies par le médecin d'arrondissement de la Suva en 2003 restaient valables, à savoir des activités légères, sans mouvement répétitif au niveau de l'épaule gauche et pour autant que la mobilité demandée ne dépasse pas l'horizontale (dos. AI 188.1/19). Les experts ont encore mentionné qu'au niveau du genou gauche, il existait une persistance de symptomatologie de lâchage dans laquelle l'excision d'un lipome du droit antérieur de la cuisse gauche en 2012 jouait un rôle. Les experts ont donc observé une combinaison de limitations fonctionnelles au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs empêchant, d'après eux, tout travail de type manutention (dos. AI 188.1/19). D'un point de vue neuropsychologique, les spécialistes ont observé chez l'assuré un fléchissement exécutif léger ainsi qu'un déficit mnésique dans des tâches de mémoire épisodique mais ont noté que l'influence des troubles cognitifs sur la capacité de travail dans des tâches simples et répétitives était relativement marginale, pour autant que ces tâches ne sollicitent pas la mémoire. Sur ce point, les experts n'ont pas retenu d'incapacité de travail significative ni de diminution de rendement (dos. AI 188.1/20). Finalement, sur le plan psychique, les experts ont estimé que l'anamnèse et l'examen clinique ne permettaient pas de retenir de fonctionnement de personnalité pathologique et que l'examen clinique montrait une obésité, une humeur déprimée (intensité moyenne) avec une amélioration suffisante de la

symptomatologie dépressive et des comportements d'agressivité. Ils ont jugé le pronostic favorable tout en indiquant que la capacité de travail était complète en temps et rendement (dos. AI 188.1/20). Eu égard aux limitations au niveau du membre supérieur gauche et à celles liées à une pathologie des genoux, les experts ont conclu qu'elles n'avaient aucune répercussion sur l'activité à mi-temps dans un atelier protégé (dos. AI 188.1/22). A ce titre, ils ont précisé que ladite activité pourrait être exercée à un taux plus important mais n'ont pas préconisé un temps complet en raison de l'utilisation d'antalgiques majeurs (dos. AI 188.1/23). En revanche, l'activité de manutentionnaire n'est, selon les expert, plus réalisable (dos. AI 188.1/22). A la question de savoir si l'assuré était en mesure de mieux utiliser ses capacités résiduelles dans une autre activité, les experts ont répondu que l'intéressé le faisait dans le cadre d'un atelier protégé et qu'une activité d'ouvrier, dans des tâches simples et répétitives, constituait une activité adaptée (dos. AI 188.1/22).

4.3.2 Suite à une intervention chirurgicale au niveau du genou gauche de l'assuré (implantation d'une prothèse totale du genou gauche sans remplacement de la rotule; voir rapport opératoire du 24 février 2015 remis par courrier du recourant du 28 mars 2019) le 12 février 2015, l'orthopédiste traitant de ce dernier a établi un rapport médical daté du 11 avril 2015 à l'attention de l'Office AI Berne (dos. AI 210/2). Il en ressort les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de gonarthrose gauche existant depuis août 2011 ainsi que status après ischémie cérébrale transitoire (ICT) en 2004 et affection douloureuse complexe de l'épaule après arthroscopie avec intervention à gauche en 2000 et 2003 (dos. AI 210/2). Le spécialiste a estimé que le pronostic était bon (dos. AI 210/3) et a retenu une incapacité de travail totale entre le 11 février et le 10 mai 2015. De l'avis de l'orthopédiste, la reprise de l'activité professionnelle pouvait être attendue de l'assuré à partir du mois de juin 2015 (dos. AI 210/4).

4.3.3 Une fois l'expertise pluridisciplinaire établie, l'Office AI Berne a pris conseil auprès de son SMR afin de répondre à la question de savoir s'il existait, au moment de la rédaction du rapport, des facteurs qui commandaient au recourant de travailler dans un atelier protégé. Pour le

spécialiste en médecine générale du SMR (celui-ci s'étant exprimé dans un rapport du 11 février 2016), ni la dépression légère, ni les déficits neurocognitifs ne justifient une place de travail en atelier protégé. S'agissant des troubles somatiques, le médecin du SMR a préconisé une activité physiquement légère en position surtout assise, sans longs trajets de marche, sans maintien prolongé de la position debout, sans marcher sur un sol inégal, sans monter et descendre plusieurs fois les escaliers/échelles et sans travailler en position accroupie. Une telle activité est exigible à 75% au moins selon lui. Ce rapport d'exigibilité s'appliquait, d'après le médecin, quatre mois après l'opération d'implantation de prothèse totale du genou gauche en février 2015 (220/1 et 230/6).

4.3.4 Dans un rapport du 22 février 2016, l'orthopédiste traitant a posé le diagnostic de status un an après l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche sans remplacement de la rotule. Il y est rapporté que l'assuré était satisfait du résultat de l'opération en question et que la mobilité s'était nettement ("deutlich") améliorée (dos. AI 221/1).

4.3.5 A réception du rapport du 22 février 2016 (voir c. 4.3.4 ci-dessus), l'Office AI Berne a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR afin de déterminer si la capacité de travail était toujours de 75% comme préconisé par rapport du SMR du 11 février 2016 (voir c. 4.3.3 ci-dessus). Le spécialiste en médecine interne générale du SMR, dans un rapport du 3 mai 2016 a mis en avant une amélioration de la capacité de travail suite à l'évolution après l'implantation de la prothèse totale du genou gauche en février 2015 (dos. AI 224). Sur cette base, le spécialiste a considéré que la capacité de travail de l'assuré s'était améliorée depuis l'opération de février 2015 et que le recourant était désormais en mesure d'exercer, à temps complet (plus de 8,5 heures par jour) une activité physiquement légère, essentiellement assise, sans mouvements répétitifs de l'épaule gauche et sans travail de la main gauche au-dessus de l'horizontale, sans longs trajets de marche, sans maintien prolongé de la position debout, sans marcher sur un sol inégal, sans monter et descendre plusieurs fois des escaliers ou des échelles, sans travailler en position accroupie. Le médecin a précisé que les activités mentalement simples et répétitives étaient

indiquées sans qu'un cadre protégé ne soit nécessaire (dos. AI 224/2 et 230/3).

4.3.6 Dans un rapport médical du 15 août 2016 le psychiatre traitant a posé le diagnostic de "type psychosomatique" et a affirmé que son patient présentait entre autres, depuis plusieurs années, un état dépressif ainsi qu'une souffrance intérieure vis-à-vis de la partie somatique (dos. AI 235/7). A également été mentionné par le spécialiste un syndrome psychosomatique causant des douleurs au genou (dos. AI 235/7).

4.3.7 Le 24 août 2016, la médecin généraliste traitante du recourant a posé les diagnostics de restriction fonctionnelle douloureuse de l'épaule gauche à la suite d'une résection de la partie distale de la clavicule, d'une acromioplastie et d'un assainissement d'une lésion du cartilage de l'humérus entre 2000 et 2003 (luxation de l'épaule lors d'un accident en 2000), gonarthrose bilatérale (et prothèse totale du genou gauche le 12 février 2015), chirurgie lipome cuisse gauche en janvier 2012, déficits neuropsychologiques (troubles mémoriels, fonctions exécutives, léger trouble de l'attention), trouble dépressif récidivant, développement d'un trouble de la douleur complexe, boulimie avec vomissements, suspicion de déficit du champ de vision gauche, hypertension artérielle, accident ischémique transitoire en 2004, apnée obstructive du sommeil, syndrome métabolique avec l'hypercholestérolémie et obésité (dos. AI 235/5).

4.3.8 Il ressort en outre du rapport de consultation du 8 septembre 2016 de l'orthopédiste traitant les diagnostics de status 1,5 ans après l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche sans remplacement de la rotule le 12 février 2015 et d'irritation gauche *pes anserinus* (dos. AI 243/2).

4.3.9 Après avoir pris connaissance des différents rapports médicaux versés au dossier par l'assuré (voir c. 4.3.6 – 4.3.8 ci-dessus), l'Office AI Berne a derechef demandé l'appréciation médicale de son SMR. Dans un rapport du 6 janvier 2017 (dos. AI 245), un spécialiste en médecine interne générale a jugé que l'appréciation médicale de l'orthopédiste traitant de l'assuré datée du 8 septembre 2016 (voir c. 4.3.8 ci-dessus) n'apportait aucun élément nouveau propre à remettre en question l'appréciation du

SMR du 3 mai 2016 (voir c. 4.3.5 ci-dessus). D'un point de vue psychiatrique, le spécialiste en médecine interne générale a invité l'intimé à recueillir l'avis d'un spécialiste en psychiatrie (dos. AI 245/4 et 265/13). Celle-ci, dans une appréciation médicale du 17 mars 2017 a recommandé la mise en place d'une expertise psychiatrique afin qu'un diagnostic fondé soit posé (le diagnostic psychiatrique retenu par l'expertise CEMed du 24 avril 2014 ayant été remis en cause par la spécialiste) et prenant en compte la jurisprudence relative à la composante psychosomatique (dos. AI 246/5 et 265/19).

4.3.10 Sur recommandation de son SMR, l'Office AI Berne a fait procéder à une expertise psychiatrique dont les conclusions ont été rédigées dans un rapport du 5 juillet 2017 (dos. AI 256.1). Aucun diagnostic psychiatrique, avec ou sans répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu par l'expert (dos. AI 256.1/24). Ce dernier a observé que l'assuré ne souffrait pas, au moment de l'expertise, d'une symptomatologie psychiatrique significative dans le sens d'un trouble mental corroboré par un diagnostic psychiatrique.

4.3.11 Dans une appréciation médicale du 8 décembre 2017, l'orthopédiste traitant de l'assuré a considéré qu'en raison du temps écoulé, une évaluation des limitations physiques actuelles (décembre 2017) au genou gauche opérée sur la base d'une simple consultation du dossier n'était pas possible, de sorte qu'il ne lui était pas réalisable de se positionner sur une éventuelle capacité de travail du recourant. En ce sens, le spécialiste a préconisé la tenue d'une expertise sur ce point (dos. AI 267/5).

4.3.12 Suite aux observations du 12 février 2018 déposées par le recourant contre la préorientation du 16 novembre 2017 ainsi que le rapport du 8 décembre 2017 (voir c. 4.3.11 ci-dessus) remis dans ce cadre, l'Office AI Berne a à nouveau demandé des renseignements complémentaires à son SMR. Dans un rapport du 16 février 2018, un spécialiste en orthopédie du SMR a tout d'abord remis en cause la valeur probante du rapport du 8 décembre 2017 (voir c. 4.3.11 ci-dessus) de l'orthopédiste traitant dans la mesure où celui-ci s'est prononcé sur une question asséurologique à la demande du recourant et non pas sur une question orthopédique. Par ailleurs, selon le spécialiste du SMR, le profil

d'exigibilité établi par le SMR le 3 mai 2016 (voir c. 4.3.5 ci-dessus) est adapté aux porteurs de prothèse de genou, même lorsque l'évolution n'est pas optimale (notamment poussées douloureuses et inflammatoires) puisque l'activité exigible est exercée en position principalement assise. Par conséquent, selon le spécialiste du SMR, le profil d'exigibilité posé en mai 2016 par le SMR est également compatible à l'état de santé décrit par l'orthopédiste traitant dans son rapport du 8 décembre 2017 (dos. AI 273/7 et 274/21). Cette conclusion a été reprise pour l'essentiel par le spécialiste en médecine interne générale dans son rapport du même jour (16 février 2018; dos. AI 272/2 et 274/13). Ce dernier a confirmé en effet sur la base du rapport du spécialiste SMR en orthopédie, que les arguments formulés par le recourant dans les observations du 12 février 2018 n'étaient pas tenables du point de vue assécurologique (dos. AI 272/3 et 274/15).

4.3.13 Le cardiologue traitant du recourant s'est exprimé sur l'état de santé de ce dernier dans un rapport daté du 14 février 2018. Il en ressort les diagnostics d'hypertension artérielle, de syndrome complexe douloureux chronique, d'accident ischémique transitoire (AIT) en 2004, d'opération du ménisque gauche en 2011 et de chirurgie du lipome de la cuisse gauche en 2012 (dos. AI 275/6).

4.3.14 Il résulte encore d'un rapport de l'orthopédiste traitant du 5 mars 2018 le diagnostic de douleur ventrale persistante du genou avec état après l'implantation d'une prothèse totale de genou gauche sans remplacement de la rotule (dos. AI 275/4).

4.3.15 Dans une appréciation médicale datée du 22 mars 2018 de la généraliste de l'assuré, celle-ci a considéré que l'état de santé du recourant s'était dégradé, notamment en raison des troubles dépressifs subsistants, des troubles au niveau du genou gauche, d'une hypertension artérielle constatée par un cardiologue et de l'augmentation des somnolences en raison d'une apnée obstructive du sommeil connue depuis 2013 (dos. AI 275/1).

4.3.16 Après avoir pris connaissance des différents rapports médicaux remis par le recourant (voir c. 4.3.13 – 4.3.15 ci-dessus), l'Office AI Berne a une nouvelle fois pris conseil auprès de son SMR. Le spécialiste en

médecine interne générale du SMR a rendu un rapport daté du 19 juin 2018 dans lequel il a indiqué que les documents produits par l'assuré n'apportaient aucun nouvel élément qui n'aurait pas été pris en compte dans la prise de position du SMR du 16 février 2018. Ainsi, le profil d'exigibilité émis en mai 2016 par le SMR (et confirmé le 16 février 2018) doit, selon lui, être maintenu (dos. AI 277/2).

5.

5.1 En l'occurrence, il s'agit surtout d'examiner si l'Office AI Berne s'est fondé à raison sur l'expertise CEMed du 24 avril 2014 et les rapports du SMR s'agissant du volet somatique ainsi que sur l'expertise psychiatrique du 5 juillet 2017 en ce qui concerne le volet psychiatrique pour considérer que la situation médicale n'a pas notablement évolué depuis l'état prévalant au moment de la décision du 17 mars 2009, sous réserve de la période du 12 février au 12 juin 2015 (incapacité de travail liée à l'intervention chirurgicale du 12 février 2015; voir c.1.1 et 3.1 ci-dessus).

5.2 Il sied tout d'abord d'analyser la situation sous l'angle des atteintes somatiques du recourant.

5.2.1 S'agissant des troubles au niveau de l'épaule gauche (en lien avec l'accident survenu le 10 juin 2000), l'intimé s'est principalement fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 24 avril 2014 pour juger qu'à la date de la décision contestée, la situation médicale n'avait pas changé de façon déterminante. En ce qui concerne l'épaule gauche de l'assuré, l'expert orthopédique CEMed s'est rallié aux conclusions des experts COMAI (rapport d'expertise COMAI du 14 mai 2007; dos. AI 53/19) en constatant une réduction fonctionnelle de l'épaule gauche. L'expert orthopédiste CEMed n'a pas observé d'autre limitation fonctionnelle en lien avec l'épaule et n'a mentionné aucune aggravation du trouble. Au contraire, il a confirmé l'évaluation du médecin d'arrondissement de la Suva (datant de 2003; dos. AI 188.1/19) quant aux activités exigibles pour le recourant, à savoir une activité légère, sans mouvements répétitifs au niveau de l'épaule gauche et à condition que la mobilité demandée ne dépasse pas l'horizontale (dos. AI 188.1/19). Depuis l'établissement du rapport

d'expertise CEMed, le recourant n'a du reste pas fait valoir d'augmentation des douleurs à l'épaule, ni de nouvelles limitations fonctionnelles sur le plan de l'épaule gauche (voir observations du 26 août 2016 [dos. AI 235/2] et du 12 février 2018 [dos. AI 267/2]) de sorte que les conclusions de l'expert orthopédiste CEMed doivent être considérées comme probantes s'agissant des troubles à l'épaule gauche. A cet égard, on ne saurait reprocher à l'Office AI Berne de s'être fondé sur l'expertise CEMed du 24 avril 2014, encore d'actualité au moment de la décision contestée et pleinement probante (voir c. 2.6 ci-dessus) s'agissant des troubles en lien avec l'épaule gauche, pour rendre la décision litigieuse.

5.2.2 En ce qui concerne les atteintes au genou gauche motivant la nouvelle demande de prestations de l'AI datée du 8 août 2011, il est vrai que depuis la décision du 17 mars 2009 une opération chirurgicale est intervenue au niveau du genou gauche de l'assuré (implantation d'une prothèse totale du genou gauche) le 12 février 2015. Toutefois, en se fondant sur un rapport d'un spécialiste en orthopédie de son SMR daté du 16 février 2018, l'intimé a considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé susceptible d'avoir une influence significative sur la capacité de travail du recourant n'avait été rendue vraisemblable par ce dernier. Rien ne justifie en l'espèce de s'écarter de l'appréciation du spécialiste en orthopédie du SMR qui résume l'évolution orthopédique chez l'assuré ainsi que les rapports médicaux sur lesquels il lui a été demandé de prendre position, en fait la synthèse, puis les soumet à discussion et donne son avis médical sur le profil d'exigibilité précédemment posé. Ainsi, après avoir examiné minutieusement les rapports médicaux remis par l'assuré à l'intimé (notamment le rapport de l'orthopédiste traitant du 8 décembre 2017; dos. AI 267/5), le spécialiste en orthopédie du SMR a maintenu le profil d'exigibilité tel que retenu par le médecin du SMR dans son rapport du 3 mai 2016 (voir c. 4.3.5 ci-dessus) en considérant que ledit profil était adapté aux porteurs de prothèse de genou, même lorsque leur évolution n'était pas optimale (avec des poussées douloureuses et inflammatoires; dos. AI 273/7). Pour ce faire, c'est de façon cohérente que le spécialiste en orthopédie du SMR a expliqué les raisons qui l'ont conduit à écarter l'avis médical de l'orthopédiste traitant de l'assuré qui préconisait la tenue d'une expertise en médecine du travail. Comme l'a mentionné le médecin du

SMR, le simple fait que l'orthopédiste traitant recommande la mise en place d'une expertise ne suffit pas à conclure qu'en l'absence d'une telle expertise l'Office AI Berne n'était pas apte à juger à satisfaction et en toute connaissance de cause des capacités de réinsertion professionnelle de l'assuré suite à la pose de la prothèse du genou (voir observations du 12 février 2018; dos. AI 267/2). En effet, le médecin du SMR a très justement nuancé l'appréciation médicale de l'orthopédiste traitant puisque ce dernier a préconisé une telle expertise en raison du fait qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur des questions assécurologiques, qui plus est en raison du temps écoulé depuis la dernière consultation (dos. AI 267/5) et non parce qu'il considérait que l'instruction était incomplète comme le prétend le recourant. Par ailleurs, dans un rapport médical du 8 septembre 2016 adressé à la généraliste de l'assuré et alors même que ce dernier se plaignait déjà de douleurs à la prothèse, l'orthopédiste traitant relevait que l'articulation était cliniquement stable, malgré une mobilité modérée et une irritation gauche *pes anserinus* (dos. AI 243/2). Toutefois, en dépit des plaintes du recourant, le praticien a préconisé l'application d'un gel anti-inflammatoire ainsi que l'intensification des exercices de fortification du quadriceps, ce qui démontre, comme l'a relevé un médecin du SMR, que l'état fonctionnel ne s'était pas péjoré (dos. AI 245/3) et qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant au niveau du genou gauche n'était intervenue. Cette conclusion s'impose d'autant plus au vu du rapport de l'orthopédiste traitant du 5 mars 2018 selon lequel les examens cliniques du genou gauche douloureux n'ont montré aucun signe de relâchement de la prothèse concernée. Ainsi, dans son rapport du 5 mars 2018 (dos. AI 275/4), l'orthopédiste traitant n'a pas mis en avant d'explication clinique objective aux plaintes du patient mais a mis celles-ci sur le compte d'éventuelles douleurs chroniques et de l'humeur dépressive de ce dernier (dos. AI 275/5). Par ailleurs, le praticien doute qu'une opération de remplacement de la surface de l'articulation rotulienne ait un effet positif sur l'incapacité de travail et il ne préconise aucun autre examen de suivi (dos. AI 275/5), ce qui tend également à confirmer l'absence de cause objective aux plaintes et douleurs de l'assuré.

Finalement, le recourant a évoqué, par ses observations du 12 février 2018 (dos. AI 267/2) que des examens étaient en cours en raison de soupçons

d'infection. Toutefois, ainsi que l'a observé à juste titre le spécialiste du SMR dans son rapport du 16 février 2018, aucun résultat d'examen dans ce sens ne ressort du dossier. Ni l'orthopédiste traitant (dans son rapport du 5 mars 2018; voir c. 4.3.14 ci-dessus) ni la généraliste du recourant (dans son rapport du 22 mars 2018; voir c. 4.3.15 ci-dessus) ne font état d'une infection au niveau de la prothèse bien que lesdits rapports aient été rédigés après le dépôt des observations du recourant (observations du 12 février 2018; dos. AI 267/2).

Au vu de ce qui précède, le spécialiste en orthopédie du SMR, dans son appréciation médicale du 16 février 2018, a expliqué de façon détaillée et cohérente, les raisons qui l'ont conduit à se distancier des arguments avancés par le recourant, en particulier quant à la présence d'une aggravation de l'état de santé de ce dernier. Contrairement à ce que laisse entendre l'assuré, les rapports médicaux établis par l'orthopédiste traitant ne contredisent pas l'appréciation du spécialiste SMR mais le rejoignent pour l'essentiel. Seul l'avis de la généraliste (qui mentionne une aggravation de l'état de santé, voir notamment rapport du 22 mars 2018; dos. AI 275/1) contredit le spécialiste du SMR. Or, cette praticienne s'est limitée à indiquer qu'une nouvelle opération du genou n'était pas envisageable selon l'orthopédiste traitant (dos. AI 275/1) sans expliquer en quoi elle considérait qu'une aggravation de l'état de santé au niveau du genou était intervenue. Ainsi, rien au dossier ne permet de supposer que les divergences d'appréciation entre le spécialiste en orthopédie du SMR et la généraliste traitante s'expliquent autrement que par la relation de confiance développée par cette dernière avec son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3) et la prise en compte bienveillante des plaintes subjectives dans l'évaluation. En d'autres termes, le rapport du 16 février 2018 du spécialiste en orthopédie du SMR dans lequel le profil d'exigibilité du 3 mai 2016 a été confirmé (et qui lui-même se fonde sur un rapport du 11 février 2016 du SMR [c. 4.3.3 ci-dessus]) doit être considéré comme pleinement probant (voir c. 2.6 ci-dessus). C'est donc à raison que l'Office AI Berne s'est fondé sur celui-ci pour rendre sa décision litigieuse.

5.2.3 Sur le plan cardiaque, le recourant a fait valoir un rapport daté du 14 février 2018 de son cardiologue traitant (dos. AI 275/6) pour attester d'une aggravation de son état de santé. Or, comme l'a relevé à raison le médecin du SMR dans sa prise de position du 19 juin 2018 (dos. AI 277/2), cet avis médical du 14 février 2018 n'apporte aucun élément propre à remettre en cause le profil d'exigibilité posé dans la prise de position du 16 février 2018 (confirmant celui retenu dans le rapport du 3 mai 2016, voir c. 4.3.5 ci-dessus). Certes, le cardiologue a retenu le diagnostic d'hypertension artérielle (dos. AI 275/6), soit un diagnostic qui n'avait pas spécifiquement été discuté lors de la précédente procédure et la décision du 17 mars 2009. Il n'en demeure pas moins qu'il n'en tire aucune conclusion s'agissant de la capacité de travail du recourant ou encore en ce qui concerne le profil d'exigibilité pourtant contesté par ce dernier. En d'autres termes, c'est à raison que l'Office AI Berne s'est appuyé sur le rapport du SMR du 19 juin 2018 pour rendre la décision ici contestée sur le plan cardiaque.

5.2.4 Au vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de s'écarter de l'expertise CEMed du 24 avril 2014 s'agissant des troubles aux épaules et des rapports du SMR s'agissant du genou gauche et de l'aspect cardiaque (rapports des 19 juin 2018, 16 février 2018, 3 mai 2016 et 11 février 2016). Ces documents, pleinement probants et convaincants, ont permis de lever les contradictions et d'actualiser les informations médicales au dossier de sorte que l'intimé n'a pas violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu. Les mesures d'instructions prises suffisent pour statuer sur l'évolution de l'état de santé du recourant sur le plan somatique. Il convient ainsi de considérer, en se fondant sur ces documents, que sur le plan somatique, l'assuré présentait une capacité de travail de 75% entre le 9 août 2011 et le 11 février 2015, que celle-ci a ensuite été de 0% entre le 12 février et le 12 juin 2015 suite à l'opération du 12 février 2015 et est passée à 100% dès le 13 juin 2015 dans le cadre d'une activité adaptée (voir profil d'exigibilité des 3 mai 2016 [dos. AI 224/2] et 16 février 2018 [dos. AI 273/7]).

5.3 Bien que le volet psychiatrique ne soit pas expressément remis en cause par l'intéressé dans son recours, il convient malgré tout de mentionner les éléments suivants:

5.3.1 L'expertise psychiatrique du 5 juillet 2017 a été élaborée sur la base d'un examen personnel du recourant ainsi que sur l'étude du dossier médico-asséculo-logique. L'expert, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, a pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier, l'anamnèse complète (professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique) et les plaintes et symptômes présentés par l'assuré. Il a également recueilli les éléments relatifs au déroulement du quotidien du recourant, à savoir notamment l'accompagnement du fils cadet à l'école le matin, la passion pour les oiseaux et les visites quotidiennes à la volière pour s'y occuper de perruches, la prise de repas en famille, le travail dans un atelier protégé l'après-midi ou encore les vacances en famille en Espagne en été 2017. Sur la base des éléments recueillis, l'expert a exposé de manière complète et convaincante les raisons qui l'ont conduit à ne retenir aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Il a en outre expliqué de façon cohérente pourquoi il n'a pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité, d'épisode dépressif (même de degré léger) ou de dysthymie. L'expert a en effet scrupuleusement détaillé les éléments relatifs aux troubles de la personnalité (critères généraux, troubles du caractère) pour conclure que ceux-ci n'étaient pas remplis dans le cas de l'assuré (dos. AI 256.1/19) et, s'agissant des éléments déterminants de la dépression, qu'il n'y avait pas de réduction de l'énergie dans le sens d'une diminution de l'élan vital à l'examen clinique (le déroulement du quotidien plaidant d'ailleurs en défaveur d'une telle réduction de l'énergie), ni de diminution de l'aptitude à penser (troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire; dos. AI 256.1/20). L'expert a donc souligné de façon pertinente une symptomatologie insuffisamment marquée pour atteindre le seuil diagnostique d'un épisode dépressif, même de degré léger (dos. AI 256.1/21). Par ailleurs, le spécialiste a exposé clairement les motifs pour lesquels il s'est éloigné des diagnostics de personnalité prépsychotique, d'anxiété généralisée ou encore de boulimie pourtant retenus par le psychiatre traitant ou l'expert de la partie psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 avril 2014. A cet

égard, il a relevé qu'au cours de l'examen psychiatrique du 3 juillet 2017, l'assuré n'avait manifesté aucune anxiété ni aucune symptomatologie neurovégétative (tremblements, transpiration, sécheresse buccale) ou autre (difficulté respiratoire, fièvre, réactions de sursaut, tension, irritabilité) susceptible d'accompagner l'anxiété et que s'agissant de la boulimie, les critères relatifs auxdits diagnostics (épisodes d'hyperphagie et préoccupation persistante par le fait de manger ainsi qu'une peur intense de grossir) n'étaient a priori pas présents au moment de l'expertise pluridisciplinaire (lors de laquelle le diagnostic avait été posé; dos. AI 256.1/22). En d'autres termes, les conclusions retenues par l'expert psychiatre s'avèrent logiques, détaillées et étayées, de sorte qu'une pleine valeur probante (voir c. 2.6 ci-dessus) doit être reconnue à l'expertise psychiatrique du 5 juillet 2017.

5.3.2 Quant au rapport du psychiatre traitant daté du 15 août 2016, il n'est pas suffisant pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique de juillet 2017. En effet, comme cela ressort de ce qui précède (voir c. 5.3.1 ci-dessus), l'expert psychiatre a minutieusement expliqué les raisons pour lesquelles les diagnostics d'état dépressif et d'anxiété ne pouvaient être retenus, contredisant ainsi le psychologue traitant sur ce point (voir rapport du 15 août 2016; dos. AI 235/7). Par ailleurs, dans son rapport du 15 août 2016, le psychiatre traitant s'est limité à rapporter les plaintes subjectives du recourant sans réellement examiner les éléments relatifs à l'assuré permettant de retenir l'un ou l'autre diagnostic. Il ne s'est pas non plus prononcé sur la capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, les conclusions médicales divergentes du psychiatre traitant figurant dans son avis médical du 15 août 2016 ne sauraient emporter la conviction du TA. Pour le surplus, le recourant ne fait pas valoir d'autres appréciations médicales psychiatriques plus récentes propres à remettre en question les conclusions formulées dans l'expertise psychiatrique susmentionnée.

5.3.3 Au vu de ce qui précède, en l'absence de tout diagnostic sur le plan psychique (d'ailleurs avec ou sans conséquence sur la capacité de travail), il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral

publiée aux ATF 141 V 281, 143 V 409 et 143 V 418 (voir TF 8C_354/2019 du 22 août 2019 c. 4.2). En effet, une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe qu'en présence d'un diagnostic qui, en outre, résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Ce n'est que si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion qu'il y a lieu 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).

5.3.4 En l'espèce, il faut relever que l'expertise psychiatrique du 5 juillet 2017 a été réalisée après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant les arrêts du TF étendant ce mode d'évaluation aux atteintes psychiques dont les troubles dépressifs (ATF 143 V 418 c. 6 s. et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017). Pour autant, dans le cas présent et ainsi que cela découle de ce qui précède et de ce qui suit, l'expertise psychiatrique s'avèrerait suffisante, également à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF, pour évaluer la situation (psychosomatique et/ou psychique) du recourant. L'expert psychiatre a soigneusement évalué la situation selon le mode structuré déjà établi par l'ATF 141 V 281. Il n'a ainsi pas mis en avant de démonstrativité, de dramatisation ni de théâtralité (dos. AI 256.1/17) et n'a donc pas retenu de motif d'exclusion (premier niveau; dos. AI 256.1/24). Le degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte a notamment été évalué en tenant compte de l'absence de diagnostic de trouble de la personnalité, d'épisode dépressif, d'anxiété généralisée, de boulimie ou encore de trouble somatoforme (dos. AI 256/18-23 et 24), ainsi que de l'absence de la résistance au traitement (dos. AI 256.1/26). Par ailleurs, l'expert a pris en considération les ressources de l'intéressé (intégration dans le monde du travail, stabilité et continuité professionnelle, relation sentimentale engagée, soutien familial, loisirs sous la forme de lecture et de visites quotidiennes à la volière, absence de réduction significative de l'énergie) et

a énuméré les éléments de pronostic favorable (absence de trouble de la personnalité, absence de problématique de consommation de substances psychoactives, recherche de soins spécialisés, résolution des affections psychiatriques et étayage socio-familial préservé) ainsi que les éléments de pronostic défavorable (facteur de stress permanent représenté par le handicap entraîné par l'affection à l'épaule gauche et au genou gauche). Finalement, l'expert n'a pas relevé de divergence entre les symptômes rapportés, le comportement de l'assuré et l'examen clinique (dos. AI 256.1/26).

5.3.5 Dès lors, au vu de l'examen méticuleux et détaillé de l'expert psychiatre, les conclusions de celui-ci, qui considère, en l'absence de tout diagnostic psychique, que la capacité de travail, sur ce plan, a toujours été de 100% (dos. AI 256.1/27), apparaissent comme étant convaincantes et fondées. C'est donc à raison que l'Office AI Berne s'est appuyé sur cette expertise médicale pour juger de l'état de santé psychique du recourant, de sorte qu'aucune violation du devoir d'instruction ne saurait être reprochée à l'intimé s'agissant du volet psychiatrique.

6.

6.1 Il convient ensuite de s'intéresser aux conséquences juridiques de ce qui précède sur le calcul de l'invalidité.

6.2

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

6.2.2 Lorsqu'une personne assurée réalisait un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. faible formation scolaire, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques), sans que cela résulte d'un choix délibéré, il

convient de tenir compte de cette circonstance lors de l'évaluation de l'invalidité d'après l'art. 16 LPGA en effectuant un parallélisme des deux revenus à comparer. C'est la seule méthode garantissant le respect du principe qui veut que les facteurs étrangers à l'invalidité réduisant le salaire ne soient, soit pas du tout pris en considération, soit comptés de façon égale dans les deux revenus à comparer. En pratique, le parallélisme peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; SVR 2018 UV n° 33 c. 2.2.3).

6.3 En l'espèce, pour le revenu de valide, il convient de prendre pour base le dernier salaire réalisé par le recourant en tant qu'ouvrier préposé aux expéditions et de l'indexer (ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1). Il ressort du dossier, qu'avant son accident en juin 2000 (et non en 2001 comme mentionné par l'Office AI Berne dans la décision contestée), l'assuré percevait un revenu mensuel de Fr. 3'905.- (dos. AI 5/70), de sorte qu'un montant annuel de Fr. 50'765.- doit être pris en compte (et non un revenu annuel de Fr. 49'140.- comme retenu par l'intimé dans la décision contestée). Indexé à 2011 et 2015 (années de naissance du droit à la rente; ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222), ce revenu est porté à Fr. 59'381.- pour 2011 et Fr. 60'885.- pour 2015 (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 1975 - 2018, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2000: 1'856; 2011: 2'171 et 2015: 2'226).

6.4 Pour le revenu d'invalidité (calculé pour les mêmes périodes), dès lors que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis la survenance de l'invalidité, l'intimé s'est à juste titre basé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiés régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS; les tables statistiques de salaires, d'indexation et de durée normale de travail dans les entreprises sont accessibles à partir du site internet de l'OFS; ATF 143 V 295 c. 2.2).

Selon ceux-ci, en 2010, le recourant aurait pu réaliser un revenu mensuel de Fr. 4'901.- (ESS 2010, Tableau "Salaire mensuel brut [valeur centrale]

selon les divisions économiques, le niveau des qualifications requises pour le poste de travail et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 4 [activités simples et répétitives], Hommes) ou Fr. 58'812.- par an. Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il convient de les réévaluer, comme l'a très justement fait l'intimé, en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures par semaine (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Le montant doit donc être porté à Fr. 61'311.51. Il convient ensuite d'indexer ce revenu à 2011 (indices [base 1939 = 100] 2010: 2'150 et 2011: 2'171), soit Fr. 61'910.-. Adapté à un taux d'occupation de 75% comme retenu ci-dessus (voir c. 5.2.4 ci-dessus), il en découle un revenu annuel de Fr. 46'433.-.

S'agissant de 2015, le recourant aurait pu réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'312.- en 2014 (ESS 2014, Tableau "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Hommes) ou Fr. 63'744.- par an. Adapté en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures par semaine (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), le montant est porté à Fr. 66'453.12. Il convient ensuite d'indexer ce revenu à 2015 (indices [base 1939 = 100] 2014: 2'220 et 2015: 2'226), soit Fr. 66'633.-.

6.5 En comparant le revenu que le recourant aurait effectivement réalisé en 2015 (revenu sans invalidité: Fr. 60'885.-) au salaire statistique usuel dans la branche pour la même période (Fr. 66'633.-), il s'avère que le revenu sans invalidité est inférieur de 8.6% au salaire statistique usuel. Or, selon la jurisprudence, lorsque le revenu sans invalidité est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé peut justifier un parallélisme des revenus à comparer (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3; voir c. 6.2.2 ci-dessus). En l'espèce, au vu de l'absence de formation professionnelle et du manque de connaissances linguistiques de l'assuré (sans que cela résulte d'un choix délibéré de sa part), il convient de tenir compte d'un parallélisme et d'adapter le revenu de valide (voir c. 6.2.2). Ce parallélisme doit néanmoins seulement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297

c. 6.1.2 et 6.1.3), soit en l'occurrence 3.6% (8.6% – 5%). Il sied dès lors d'augmenter le salaire de valide dans cette proportion, de sorte qu'il en résulte un salaire de valide de Fr. 63'284.- (Fr. 60'885.- + 2'398.79 [3.6% de Fr. 66'633.-]). A mentionner encore que la question d'un parallélisme ne se pose pas s'agissant du calcul du taux d'invalidité pour l'année 2011 puisque pour cette période, le revenu sans invalidité est inférieur de 4.08% au salaire statistique usuel, soit en-dessous du seuil minimal de 5% admis par la jurisprudence pour procéder à un parallélisme.

6.6 Le recourant critique l'ampleur de l'abattement et prétend, au vu des limitations liées à l'absence de réelles expériences professionnelles dans tout autre domaine que celui déjà exercé, son manque de polyvalence et l'absence de formation certifiée, qu'un abattement minimal de 20% doit être retenu.

6.6.1 S'agissant de la période dès 2011, l'intimé a pris en compte un abattement de 10%. En l'occurrence, vu l'absence de formation certifiée, du manque de connaissances linguistiques et du manque d'expérience professionnelle dans un autre domaine que celui exercé jusqu'à l'atteinte à la santé, un abattement de 10% ne paraît pas insoutenable et aucun élément au dossier ne justifie d'intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'intimé (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3; SVR 2015 IV n° 1 c. 2.2). En tout état de cause et comme l'a relevé l'Office AI Berne dans son mémoire de réponse du 25 janvier 2019, même avec un abattement de 25%, soit le maximum autorisé, le taux d'invalidité du recourant resterait inférieur à 40%. En effet, avec un tel abattement, le revenu d'invalidé se monterait à Fr. 46'433.- (Fr. 61'910 – 25%) et la différence avec le revenu de valide s'élèverait à Fr. 12'949.- (Fr. 59'381.- – Fr. 46'433.-), ce qui conduit à un degré d'invalidité de 22%, qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

6.6.2 L'octroi d'une rente entière allant du 1^{er} mai au 30 septembre 2015, n'est pas litigieux entre les parties. L'intimé n'émet pas de doutes sur la justification du droit à une rente entière pendant cette période. Le TA ne voit pas non plus de raison de s'écarter de la décision attaquée sur ce point, dès lors que les pièces au dossier mettent clairement en évidence une détérioration de l'état de santé dès le mois de février 2015 (intervention

chirurgicale du 12 février 2015 pour la pose d'une prothèse du genou), si bien qu'en application correcte de l'art. 88a al. 1 RAI, la rente entière a été octroyée depuis le mois de mai 2015 (délai de trois).

6.6.3 Pour la période dès octobre 2015, lors de laquelle il a été tenu compte d'un parallélisme (voir ci-dessus c. 6.5), il sied de mentionner que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles. Un tel abattement se limitera dès lors en général aux circonstances relatives à l'atteinte à la santé et n'épuisera plus le maximum de 25% admissible pour l'ensemble des facteurs étrangers à l'invalidité et dus à cette dernière (ATF 135 V 297 c. 5.3 et 6.2, 134 V 322 c. 5.2 et 6.2). Par conséquent, dans la mesure où l'absence de formation professionnelle a déjà justifié un parallélisme (voir c. 6.5 ci-dessus), un abattement maximal de 25%, comme demandé par l'assuré ne peut être retenu. Or, même en diminuant de 20% le revenu d'invalidé de Fr. 66'633.- calculé plus haut, on obtiendrait un revenu d'invalidé déterminant de Fr. 53'306.- (Fr. 66'633.- – 20%), ce qui, comparé au revenu sans invalidité de Fr. 63'284.- (après parallélisme), aboutirait à un degré d'invalidité de 16%, nettement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

7.

7.1 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté. A l'exception de la période entre le 1^{er} mai et le 30 septembre 2015 lors de laquelle une rente entière doit être octroyée, le taux d'invalidité reste inférieur au seuil de 40% et n'ouvre manifestement pas un droit à une rente.

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

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

Par ces motifs:

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

Le président:

La greffière:
e.r. Ph. Berberat, 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).

Avertissement: Pour une éventuelle suspension du délai de recours, voir également l'Ordonnance du Conseil fédéral suisse du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19, RS 173.110.4).