

200.2018.942.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 22 juillet 2020

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représenté par **B.** _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 16 novembre 2018



En fait:

A.

A. _____, ressortissant algérien né en 1966, père d'un enfant né en 2007, sporadiquement en Suisse depuis 1997, est titulaire d'une autorisation de séjour depuis le 31 juillet 2006 à la suite de son mariage avec une Suissesse. Le couple s'est séparé le 1^{er} septembre 2008. Le 1^{er} juin 2012, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), requérant l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente et indiquant qu'il était atteint depuis 2008-2009 de hernies discales, de kystes, d'une compression thoracique, de difficultés respiratoires, de vertiges et de douleurs physiques. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements professionnels (extrait du compte individuel de cotisations sociales [CI], rapport d'un employeur), sociaux (statut d'étranger, rapport d'assistance sociale) et médicaux. Sur la base de ces investigations, l'Office AI Berne, par décision du 26 octobre 2012, a rejeté la demande de prestations, considérant que les conditions d'assurance requises n'étaient pas remplies, l'assuré étant entré en Suisse avec des atteintes à la santé importantes nécessitant une intervention chirurgicale en juillet 2002.

Par jugement du 7 octobre 2013 (JTA AI/2012/1131), la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis le recours interjeté le 26 novembre 2012 par l'assuré contre la décision précitée du 26 octobre 2012. Le TA a considéré en substance que le recourant était atteint dans sa santé avant même son arrivée en Suisse - ce qui n'était aucunement contesté. Selon le TA cependant, on ne pouvait affirmer avec une vraisemblance prépondérante que cette atteinte à la santé avait provoqué une incapacité de travail durable susceptible d'ouvrir un droit à des prestations de l'AI et, partant, de fonder une invalidité avant que la condition de la durée requise de la période de cotisations ait été réalisée. A l'inverse, le TA a également concédé qu'il n'était pas non plus exclu avec une vraisemblance prépondérante qu'une invalidité déterminante soit survenue avant la réalisation de cette condition. La décision de l'Office AI Berne du 26 octobre 2012 a dès lors été annulée et

le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour qu'il instruisse tant la question de la réalisation de la période de cotisations nécessaire que celle des moments de survenance de l'invalidité en fonction des prestations entrant en considération, dans le cadre de la demande de prestations déposée le 1^{er} juin 2012.

B.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne a requis plusieurs rapports des médecins traitant l'assuré (généraliste, clinique de neurochirurgie et de neurologie de l'hôpital C._____ à D._____). Sur recommandation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), il a organisé une expertise médicale bidisciplinaire impliquant des spécialistes en orthopédie et neurologie. Le centre d'expertises médicales mandaté à cet effet a rendu son rapport en date du 19 mai 2015. Par la suite, l'assuré a subi une nouvelle opération vertébrale le 4 février 2016 et plusieurs hospitalisations. Après avoir recueilli divers rapports médicaux (cliniques de neuroréhabilitation de E._____, de neurochirurgie, de neurologie, de thérapie de la douleur et de médecine interne de l'hôpital C._____, généraliste et psychiatre traitants) et une appréciation d'un spécialiste en psychosomatique et psychothérapie de son SMR, l'Office AI Berne, suivant l'avis de ce dernier, a organisé une expertise médicale psychiatrique. L'expert psychiatre mandaté a remis son rapport le 14 octobre 2017. Sur cette base, après avoir encore obtenu le 22 janvier 2018 une évaluation d'un spécialiste en médecine interne du SMR, l'Office AI Berne a informé l'assuré par préorientation du 15 février 2018 qu'il entendait lui allouer un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2016, une rente entière du 1^{er} mai au 31 juillet 2016, puis de nouveau un quart de rente à partir du 1^{er} août 2016. Nonobstant les objections présentées le 14 mars 2018 par la représentante de l'assuré, rapports du 2 mars 2018 du psychiatre traitant et du 5 mars 2018 du généraliste traitant à l'appui, l'Office AI Berne, après avoir encore reçu un complément du 9 avril 2018 émanant de l'expert psychiatre et une prise de position du SMR du 1^{er} mai 2018, a confirmé sa préorientation du 15 février 2018 par une décision formelle rendue le 16 novembre 2018.

C.

Par acte du 13 décembre 2018, complété par un avocat le 15 février 2019, l'assuré a recouru contre la décision précitée et requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Il a conclu à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, éventuellement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment rhumatologique et neurologique, mais aussi psychique. Dans son mémoire de réponse du 19 février 2019, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Par réplique du 12 avril 2019, le recourant a confirmé ses conclusions, produisant à l'appui des rapports respectifs du 25 avril 2019 de son généraliste et de son psychiatre traitants. Le 3 mai 2019, l'Office AI Berne a renoncé à dupliquer, renvoyant à la décision contestée et à son mémoire de réponse. La note d'honoraires du mandataire, dont la requête d'assistance judiciaire avait été admise par décision incidente du 21 février 2019, a été fournie au TA par courrier du 16 mai 2019, faisant en outre part d'une nouvelle hospitalisation du recourant.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 16 novembre 2018 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue au recourant un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2016, une rente entière du 1^{er} mai au 31 juillet 2016 et à nouveau un quart de rente dès le 1^{er} août 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, principalement, sur l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} mai 2013 pour une durée indéterminée et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont particulièrement critiquées par le recourant l'appréciation des faits et de l'incapacité de travail par l'intimé, qu'il estime fausse et incomplète, et la force probante de l'expertise psychiatrique, qu'il conteste.

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

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante 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 seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.2 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 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201 ; 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 RAI). 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).

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).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'Office AI Berne, après avoir encore consulté l'expert psychiatre et son SMR (prises de position des 9 avril et 1^{er} mai 2018 jointes à la décision), a estimé qu'aucune des critiques formulées dans les observations du recourant à l'encontre du préavis ne remettait en cause le caractère probant et actuel de l'expertise bidisciplinaire du 19 mai 2015 et de l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2017. Dès lors, l'intimé a confirmé son préavis en considérant que le recourant avait certes présenté une incapacité de travail depuis mai 2012, mais que, hormis la période opératoire d'incapacité totale du 4 février au 30 avril 2016, depuis janvier 2013, il était raisonnablement exigible de sa part qu'il mette en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité légère adaptée compatible avec le profil d'exigibilité établi par l'expertise bidisciplinaire. Selon l'intimé, cela est possible à hauteur de 70% sur un marché équilibré du travail. En comparant deux mêmes données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) 2012, indexées pour l'année 2013 et en concédant un abattement de 15% dû à des restrictions de santé, l'intimé est ainsi parvenu à un degré d'invalidité de 41%. Il a alloué sur cette base à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2016 et de nouveau à partir du 1^{er} août 2016. Pour la période opératoire, il a reconnu un droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 juillet 2016 en application de l'art. 88 RAI. Dans son mémoire de réponse du 19 février 2019, l'Office AI Berne a répété que les expertises du 19 mai 2015 et 14 octobre 2017 sont complètes et convaincantes et relevé que les critiques émises quant à la brièveté prétendue de l'examen pratiqué par l'expert psychiatre étaient déplacées.

3.2 Le recourant conteste quant à lui l'appréciation de son état de santé et de sa capacité de travail telle qu'elle émane des expertises bidisciplinaire du 19 mai 2015 et psychiatrique du 14 octobre 2017. Sur le plan somatique, il invoque souffrir de vertiges, de problèmes respiratoires et d'atrophies musculaires qui créent des blocages en raison d'absence de sensations due aux nerfs touchés, atteintes qui ont été ignorées par les

experts, et souligne avoir encore subi, après l'expertise du 19 mai 2015, une opération de la colonne vertébrale le 4 février 2016. Il déclare que ses douleurs insupportables entravent gravement sa capacité de mouvement, qu'il ne peut plus se promener et doit s'allonger régulièrement, et qu'il est impossible pour lui de reprendre toute activité professionnelle, même légère, malgré une très haute motivation; à cet égard, il argue du fait que l'Office AI Berne a tenu compte d'un abattement de 15% sur son revenu d'invalidité et reconnaît dès lors ses limitations, de telles limitations rendant illusoire un emploi tant dans son ancienne activité que dans n'importe quelle autre. Sur le plan psychique, le recourant fait valoir qu'il n'a pas été pris au sérieux par l'expert mandaté par l'AI, l'entretien n'ayant duré que quelques minutes, et que l'expertise psychiatrique s'écarte fondamentalement des avis de son psychiatre et de son généraliste traitants, aux rapports desquels il se réfère. De son avis donc, il a droit à une rente entière d'invalidité ou, à tout le moins, une instruction correcte et complète de son état de santé.

4.

Pour rendre sa décision du 16 novembre 2018, contestée dans la présente procédure, l'Office AI Berne s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire orthopédique et neurologique du 19 mai 2015, sur l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2017 et son complément du 9 avril 2018, ainsi que sur les rapports de synthèse de son SMR, en particulier ceux des 22 janvier et 1^{er} mai 2018.

4.1 Dans leur expertise du 19 mai 2015, 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 sa demande de prestations de l'AI datée du 1^{er} juin 2012. Ils ont procédé à une anamnèse sociale et professionnelle, puis chacun des deux experts a établi son rapport respectif détaillé, relevant les plaintes subjectives émises par l'assuré lors de son examen personnel.

4.1.1 Dans son expertise spécialisée du 27 avril 2015, l'expert orthopédiste a indiqué, comme diagnostics ayant une influence sur la

capacité de travail, d'une part, un syndrome douloureux chronique cervico-brachial des deux côtés (ch. M53.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation internationale de la santé [OMS]), comprenant la formation d'un bloc vertébral C5-7 et une élongation marquée de la colonne vertébrale cervicale crânienne avec des modifications spondylogènes supplémentaires au niveau C4/5 ainsi qu'un status après discectomie et spondylodèse ventrale C5/6 intervenue environ en 2001 et laminectomie C3-6 en 2002. D'autre part, l'expert a aussi diagnostiqué un status après laminectomie thoracique en 1988 consécutive à une compression myélique, avec hypercyphose partiellement structurale de la colonne vertébrale thoracique inférieure. Analysant la capacité de travail du patient, l'expert orthopédiste a estimé que des activités physiques légères avec soulèvement et port de charges de 5 kg au maximum, sans position forcée de la tête ni mouvements répétés des bras au-dessus de l'horizontale, étaient possibles sans limitation. Sur le plan professionnel, l'expert précisait qu'un taux d'activité et de rendement de 100% était exigible dans des activités adaptées respectant ces critères. S'agissant des difficultés de marche, dont l'origine n'était néanmoins pas orthopédique, il était d'avis que le patient pourrait exercer une activité en position essentiellement assise, mais laissait le soin à son confrère neurologue de se prononcer sur ce point. L'expert a aussi relevé que l'assuré souffrait depuis de longues années de problèmes au niveau cervico-brachial, sans que des indications concrètes sur les limitations dans sa vie quotidienne n'émanent du dossier; au vu de la situation, le spécialiste a considéré que des activités physiques astreignantes n'avaient vraisemblablement plus été possibles déjà avant les opérations subies en 2000/2001 et 2002; il a néanmoins indiqué que du point de vue orthopédique, l'exercice d'activités lucratives physiques adaptées n'était pas entravé dans une mesure considérable. Il a déclaré que le profil d'exigibilité qu'il posait était applicable dès le moment de l'expertise. Prenant position face aux différents rapports du chirurgien orthopédiste ayant traité l'assuré en 2012/2013, l'expert partageait l'avis exprimé par ce dernier dans son rapport du 13 janvier 2014, selon lequel la problématique du patient ne relevait plus en premier lieu de l'orthopédie, mais bien plutôt de la neurologie. Le spécialiste a aussi soupçonné la présence d'inconsistances dans les plaintes formulées par l'assuré lorsque

ce dernier indiquait pouvoir effectuer des travaux physiques légers s'il ne souffrait pas de douleurs, dans la mesure où les pièces du dossier laissaient plutôt apparaître que depuis qu'il séjournait en Suisse, il n'avait jamais exercé bien longtemps d'activité lucrative et n'avait pas activement cherché à intégrer le marché du travail. Compte tenu du fait que l'atteinte à la santé constatée chez l'assuré était principalement d'ordre neurologique, l'expert orthopédiste n'a pas préconisé de mesures médicales particulières dans son domaine de compétence, si ce n'est une activité corporelle régulière afin d'éviter un déconditionnement physique croissant; il a enfin souligné que des mesures professionnelles de réadaptation ne pourraient être couronnées de succès que si l'assuré montrait une volonté claire de réintégrer le monde du travail.

4.1.2 Dans le consilium neurologique du 27 avril 2015, l'expert neurologue a soigneusement consigné ses observations ainsi que les déclarations et les plaintes personnelles du recourant. En tant que diagnostics influençant la capacité de travail, il a retenu une myélopathie cervicale et thoracique avec trouble spastique de la marche plus marqué à droite, hémiatrophie à droite et syndrome radiculaire C8 des deux côtés, sur un status après opération vertébrale thoracique en 1988, spondylodèse cervicale en 2001 et opération de décompression en 2002. Sans influence sur la capacité de travail, le praticien soupçonnait la présence de vertiges phobiques (ch. F45.9 CIM-10). Après une appréciation circonstanciée du status et des atteintes neurologiques constatées, l'expert neurologue s'est prononcé sur la capacité de travail du patient. Il a relevé un grand nombre de limitations dues en majeure partie au trouble de la marche et a indiqué que les activités nécessitant de l'équilibre ou un déplacement sur des distances importantes ne pouvaient plus être accomplies. Il a aussi constaté de légères limitations de la motricité fine de la main droite, l'écriture demeurant toutefois possible, de même que des travaux physiques légers en position assise, des travaux de bureau simples ou d'autres activités adaptées telles que gardien de musée. Le spécialiste était d'avis que de tels travaux étaient exigibles à plein temps de la part du recourant, avec une capacité de travail/rendement limitée à 70%. Les travaux en position forcée ou au-dessus de la tête étaient toutefois proscrits. Quant à l'évolution dans le temps de l'incapacité de travail,

l'expert déclarait que l'apparition du symptôme principal du trouble de la marche était incertaine et qu'une évolution constante était dénotée dans les rapports de la clinique de neurologie de l'hôpital C. _____, mais que les constatations actuelles s'avéraient néanmoins légèrement moins bonnes par rapport au dernier rapport détaillé de ladite clinique. Il précisait qu'il était impossible de fixer une date précise quant à l'incapacité de travail, étant donné que la myélopathie est un processus évoluant lentement, mais qu'en se fondant sur les dires du patient, selon lesquels ses troubles se seraient péjorés au cours des deux dernières années, on pouvait admettre un début de l'incapacité de travail retenue dès janvier 2013. Enfin, l'expert a préconisé de poursuivre une physiothérapie régulière et d'effectuer un contrôle neurologique annuel au minimum, en posant un pronostic défavorable, dans le sens d'une lente péjoration dans les années à venir.

4.1.3 Dans leur appréciation bidisciplinaire, les experts ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de myélopathie cervicale et thoracique, telle que décrite ci-dessus par l'expert neurologue. Dans leur synthèse, ils ont déclaré en substance que les troubles neurologiques constatés se trouvaient au premier plan de l'atteinte à la santé de l'assuré, avec un trouble de la marche spastique, une hémiatrophie à droite et un syndrome radiculaire C8 des deux côtés avec une myélopathie cervicale et thoracique. Sur la base de leurs constatations objectives graves, ils ont indiqué que des activités physiques lourdes, moyennement lourdes ou inadaptées n'étaient plus exigibles de la part de l'assuré. En revanche, ils lui ont attesté une capacité de travail à plein temps dans des activités physiques légères, en grande partie en position assise, avec une limite de soulèvement et de port de charges de 5 kg, sans position forcée de la tête ni mouvements répétitifs des bras au-dessus de l'horizontale et sans mouvements de motricité fine de la main droite, l'écriture restant possible. Ils ont précisé que l'assuré devait pouvoir effectuer des pauses de 10 à 15 minutes chaque heure et qu'il ne pouvait travailler qu'avec un rendement réduit, de sorte que sa capacité de travail globale se trouvait limitée à 70% dans une activité adaptée. Enfin, les experts ont considéré que ce profil d'exigibilité était admissible en tout cas depuis avril 2015, et vraisemblablement depuis janvier 2013, compte tenu de l'évolution progressive de l'atteinte à la santé.

4.2 Dans son rapport du 14 octobre 2017, l'expert psychiatre mandaté par l'intimé, après avoir exposé les circonstances de l'expertise et des extraits du dossier médical, a procédé à une anamnèse détaillée sur les plans professionnel, familial ainsi que psychosocial et psychiatrique. Il a soigneusement consigné ses observations ainsi que les déclarations et les plaintes personnelles du recourant. Il a par ailleurs recensé tous les symptômes constatés par lui-même et évoqués par le patient. Dans sa discussion et appréciation de la situation actuelle du patient, l'expert a énuméré toute une liste d'incohérences et de contradictions qui n'étaient pas le fait d'un trouble mental (niveau d'instruction prétendu, dates et lieux des opérations subies, dramatisation théâtrale, voyages malgré la gravité prétendue des atteintes, capacité de s'occuper de sa fille de 10 ans un week-end sur deux, conception d'un enfant qui aurait dû naître en avril 2017, mais dont la gestation n'est pas arrivée à terme, anhédonie contredite par le plaisir que lui procurent les jours passés avec sa fille, ses visites à son épouse dans son pays d'origine, ses séances de thérapie à la piscine, par exemple). L'expert a aussi relevé des discordances importantes entre le curriculum vitae établi par l'assuré (dates, enchaînement chronologique des différentes étapes professionnelles) et les extraits du compte individuel des versements des cotisations à l'AVS (CI). L'expert a notamment déclaré que si certains critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité semblaient être vérifiés chez l'assuré, il apparaissait également que les dysfonctionnements étaient en lien avec la volonté déterminée d'émigrer en Suisse et l'échec d'une intégration dans la culture d'accueil pour des raisons socio-culturelles et éducatives, c'est-à-dire non médicales; il en a déduit qu'un diagnostic de trouble de la personnalité ne devait pas être posé dans ces conditions. S'agissant du diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (ch. F32.2) posé par le psychiatre traitant l'assuré, l'expert a constaté en substance qu'au moment de son examen personnel, malgré un discours plaintif, l'humeur du patient n'était pas déprimée et que la plupart des symptômes caractérisant les troubles dépressifs ne se manifestaient pas de façon crédible chez l'assuré (voir contradictions déjà relevées ci-dessus). L'expert a déduit de son examen qu'à ce moment, la symptomatologie, sur le plan de la dépression, n'atteignait pas le seuil diagnostic d'un épisode dépressif, même de degré léger, ni même celui

d'une dysthymie, la symptomatologie résiduelle étant disparate, aspécifique, réduite et non incapacitante. Le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation des conduites (ch. F43.24 CIM-10), également mentionné par le psychiatre traitant, a aussi été considéré par l'expert comme n'étant plus actuel, le critère de durée n'étant plus vérifié et une symptomatologie psychiatrique significative faisait défaut. Il en allait de même, selon l'expert, du diagnostic d'anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10), tout comme du diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (ch. F54 CIM-10), tous deux aussi posés par le psychiatre traitant; l'expert psychiatre a souligné qu'à l'examen clinique du 12 octobre 2017, l'assuré ne présentait pas d'anxiété, et que la mention de trois diagnostics psychiatriques (épisode dépressif sévère, anxiété généralisée et trouble de l'adaptation) aurait dû rendre caduc le diagnostic F54. Pour le surplus, l'expert psychiatre a indiqué que malgré le fait que l'assuré avait tendance à répondre systématiquement par l'affirmative, l'exploration qui a été menée le 12 octobre 2017 n'avait pas montré de problématique de consommation de substances psychoactives (alcool, stupéfiants), de pathologie psychotique (psychose schizophrénique, trouble délirant, trouble psychotique aigu, trouble psychoaffectif), d'autres troubles de l'humeur (trouble affectif bipolaire), d'autres troubles anxieux constitués (agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, phobies spécifiques), de phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation et qu'il n'y avait pas d'éléments en faveur de troubles somatoformes ni pour un trouble obsessionnel compulsif. L'expert n'a pas constaté non plus de trouble des conduites alimentaires (anorexie, boulimie) ni de troubles des impulsions et notamment de jeu pathologique, ou encore de pathologie du fonctionnement intellectuel. Il a relevé des éléments de pronostic favorable, constitués par la résolution des pathologies psychiatriques et la recherche de soins spécialisés, par l'absence de troubles de la personnalité ainsi que par l'absence de problématique de consommation de substances psychoactives; comme éléments de pronostic défavorables, le spécialiste a mentionné le facteur de stress permanent constitué par les douleurs, l'hérédoopathie ainsi que l'étayage social inexistant. Globalement, il a qualifié le pronostic d'incertain à longue échéance. Il a encore considéré que si la thérapeutique qui avait été menée par le psychiatre traitant avait

permis la rémission, le rapport de prise en charge psychothérapeutique de ce dernier du 6 janvier 2017 était toutefois problématique en ce sens qu'il ne se basait presque exclusivement que sur ce qui avait été rapporté par le patient, sans distance critique suffisante, alors que de tels dires doivent être pris avec prudence. Concernant la période passée, l'expert psychiatre a estimé qu'il n'y avait pas d'arguments clairs en faveur d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique de manière durable au sens de l'AI et que s'il était possible qu'une incapacité de travail ait existé à la fin de l'année 2016 et au début de l'année 2017, cela avait été le cas de manière brève, car il ne figurait pas au dossier de documents spécifiquement psychiatriques se rapportant à la période antérieure. De même, selon l'expert, le diagnostic de trouble de l'adaptation mentionné au mois d'avril et au mois d'octobre 2016 correspondait à une affection limitée dans son intensité. Concernant la période postérieure au mois de janvier 2017, l'expert a encore souligné que l'assuré s'était rendu dans son pays d'origine auprès de son épouse à deux reprises et que ces voyages étaient difficilement compatibles avec la présence d'un épisode dépressif sévère. En résumé, l'expert psychiatre a conclu que l'épisode dépressif qu'avait pu présenter l'assuré était résolu, qu'il en était de même de l'anxiété généralisée et qu'un diagnostic de trouble de l'adaptation ne devait pas être posé ici. Sur le plan psychiatrique, il a déclaré que la capacité de travail du recourant était entière dans toute activité du premier marché du travail correspondant aux capacités et au niveau d'instruction de l'assuré, notamment en tant qu'auxiliaire de santé, et que si une incapacité de travail avait existé dans le passé sur le plan psychiatrique, cela n'avait pas pu être le cas de manière durable. On relèvera enfin que s'agissant de la prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, l'expert a exprimé l'avis que s'il n'y avait pas d'indices en faveur d'une simulation, il existait toutefois chez l'assuré une majoration des symptômes, une dramatisation et une théâtralité.

4.3

4.3.1 Après avoir reçu un rapport du 2 mars 2018 du psychiatre traitant et un autre rapport du 5 mars 2018 du généraliste traitant en annexes aux objections de l'assuré du 14 mars 2018 face à la préorientation du

15 février 2018, l'Office AI Berne a, par courrier du 3 avril 2018, invité l'expert psychiatre à prendre position par rapport aux nouveaux diagnostics posés par le psychiatre traitant, à savoir, selon ce dernier, un trouble somatoforme douloureux chronique (ch. F45.0 CIM-10) ayant conduit à un épisode dépressif sévère sans psychose (ch. F31.2 CIM-10) et une anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10) sur le fond d'un trouble de la personnalité anxieuse (ch. F. 60.6 CIM-10). Dans sa prise de position du 9 avril 2018, l'expert psychiatre a déclaré que le psychiatre traitant avait mentionné nouvellement le diagnostic de somatisation (ch. F45.0 CIM-10), sans qu'il soit étayé, et le diagnostic d'épisode dépressif sévère sous le code diagnostique de trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (ch. F31.2 CIM-10), si bien que l'on ne comprenait pas de quoi il s'agissait. L'expert a précisé que dans son expertise du 14 octobre 2017, il avait expliqué pour quelles raisons précises et particulières un diagnostic d'épisode dépressif ne pouvait pas être posé, et qu'il en était de même du diagnostic d'anxiété généralisée (ch. F41.1 CIM-10) et de trouble de la personnalité. Il a ajouté que le psychiatre traitant posait un diagnostic de trouble de la personnalité, alors que cela n'avait pas été le cas précédemment, et que les troubles de la personnalité sont des affections chroniques qui débutent à la fin de l'enfance ou pendant la période de l'adolescence au plus tard, ce qui montrait la présence de contradictions.

4.3.2 L'Office AI Berne a par ailleurs invité une spécialiste en orthopédie de son SMR à prendre position sur l'attestation du 5 mars 2018 du généraliste traitant, dans laquelle ce dernier déclarait que l'état de santé de l'assuré n'avait pas notablement changé depuis l'opération vertébrale du 4 février 2016, que la marche du patient restait nettement incertaine et que la résistance de la région cervico-scapulaire était notablement incertaine. Le généraliste y indiquait aussi que l'assuré était encore en incapacité de travail à 100% pour le métier d'infirmier qu'il avait exercé jusqu'à présent et qu'un bilan professionnel serait absolument nécessaire pour déterminer dans quel secteur d'activité et dans quelle mesure il pourrait encore être employé, car selon lui, on se trouvait en présence d'une affection chronique. Confrontée à cet avis médical, la spécialiste du SMR, dans sa prise de position du 1^{er} mai 2018, a estimé que le rapport du généraliste

traitant du 5 mars 2018 ne changeait pas l'appréciation somatique de l'état de santé et de ses conséquences sur la capacité de travail et que le profil d'exigibilité formulé dans l'expertise de janvier 2013 [recte: du 19 mai 2015] restait valable, avec une capacité de travail de 70% dans une activité légère adaptée, principalement assise.

5.

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

5.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, l'expertise bidisciplinaire du 19 mai 2015 ainsi que l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2017 et son complément du 9 avril 2018 répondent aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en orthopédie, neurologie et psychiatrie ne sauraient être mises en doute. Ceux-ci ont par ailleurs procédé chacun à un examen personnel du recourant respectivement les 27 avril 2015 (orthopédie et neurologie) et 12 octobre 2017 (psychiatrie), 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'éléments permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En particulier, les critiques formulées par le recourant à l'encontre de l'expert psychiatre ne peuvent être confirmées. Contrairement à ce que le recourant affirme, il appert en

effet que l'entretien personnel avec l'expert n'a pas seulement duré quelques minutes, mais que la durée de 2 heures 30 indiquée par l'expert semble plausible, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au vu du grand nombre de détails mentionnés au niveau de l'anamnèse et des plaintes personnelles de l'assuré. En outre, l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2017 a certes été élaborée avant la jurisprudence étendant à tous les troubles psychiques (notamment dépressifs) l'appréciation des restrictions fonctionnelles à l'aide de la grille normative et structurée (voir ci-dessus c. 2.2 ainsi que ATF 141 V 281 [= TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015] et ATF 143 V 409 et 418 [= TF 8C_841/2016 et TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017]). Il n'en reste pas moins que le catalogue des questions soumises à l'expert par l'intimé tenait déjà compte de cette pratique, étendue par la suite, que le TF avait déjà préconisée pour les troubles psychosomatiques, genre d'atteintes qui ne pouvaient être exclues d'emblée au vu du tableau clinique du recourant. Quant à l'indépendance de l'expert psychiatre, mise en doute par le recourant, elle ne peut être contestée dans une mesure apte à nier le caractère probant de l'expertise. En effet, d'après une jurisprudence constante, ni le fait qu'un expert ou une institution d'expertise soient régulièrement mandatés par un assureur, ni le nombre des expertises et des rapports confiés à un même médecin, de même que le volume d'honoraires en résultant ne conduisent en soi à la récusation (ATF 137 V 210 c. 1.3.3; SVR 2017 IV n° 7 c. 4.2). Ce qui est déterminant, c'est que les médecins liés par un mandat d'expertise ne soient soumis, quant au contenu de leur rapport, à aucune instruction des organes d'exécution de l'AI (TF I 885/06 du 20 juin 2007 c. 5.1).

5.3

5.3.1 Sur le plan matériel somatique, dans l'expertise bidisciplinaire, l'expert orthopédiste motive de manière convaincante que les constatations pathologiques au niveau de la colonne vertébrale cervicale et thoracique provoquent une limitation de la capacité de charge, mais qu'il ne s'ensuit pas de restrictions significatives dans l'exercice d'activités physiques légères conformes au profil d'exigibilité établi (voir ci-dessus c. 4.1.3). Quant à l'expert neurologue, il rapporte de manière logique et fondée que le recourant présente de nombreuses limitations dues principalement au

trouble de la marche, qui rend impossible l'exercice d'activités en marchant ou en position debout, ou exigeant un bon équilibre ou encore de parcourir des distances importantes. Il expose aussi la présence de légères restrictions au niveau de la motricité fine de la main droite. Il est tout à fait convaincant dans son appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré à raison de 70% dans une activité conforme au profil d'exigibilité. Partant, les conclusions bidisciplinaires, d'après lesquelles, dans une activité adaptée, le recourant présente une capacité de travail de 70% due à une perte de rendement sur le plan physique et d'un besoin de pauses accru, s'avèrent convaincantes, dans la mesure où aucun élément au dossier médical n'est susceptible de les mettre en doute.

5.3.2 A cet égard, au vu du dossier, il faut encore préciser que l'opération de laminectomie au niveau des vertèbres thoraciques T1 et T2 entreprise le 4 février 2016 n'a pas entraîné de modification à long terme de la capacité de travail résiduelle du recourant. En effet, à la suite de ladite opération, le recourant a séjourné du 10 au 23 février 2016 dans une clinique de neuroréhabilitation. Le rapport de sortie de ladite clinique du 19 février 2016 ne contient aucune indication relative à la capacité de travail. Par la suite, dans un rapport du 6 avril 2016, les médecins de la clinique de neurochirurgie de l'hôpital C. _____, où l'opération du 4 février 2016 a été effectuée, indiquent en substance que le patient s'est bien rétabli, connaît une nette amélioration depuis l'opération et ne ressent plus que de légères douleurs à la nuque et à l'épaule gauche; ils estiment qu'un suivi neurologique n'est plus nécessaire, et ne se prononcent aucunement quant à une incapacité de travail. Il en va de même du rapport de la clinique de la douleur de l'hôpital C. _____ du 19 avril 2016, qui fait en substance état d'un diagnostic de maladie chronique de la douleur avec composantes physiques et psychiques, de douleurs multiloculaires dans le quadrant supérieur gauche avec myélopathie de compression. Les médecins de ladite clinique relèvent un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive avec des douleurs progressives depuis deux ou trois ans et une péjoration en janvier 2016, et précisent que l'opération de février 2016 a amélioré les symptômes neurologiques. Dans leur appréciation, ils constatent une petite composante somatique mais font état d'une extension des maux avec des éléments psycho-sociaux, une absence de structure quotidienne, une

réaction dépressive et une frustration; eux aussi n'abordent pas la question de la capacité de travail. Un nouveau rapport du 29 septembre 2016 de la clinique de médecine interne de l'hôpital C._____ consécutif à une hospitalisation de l'assuré du 19 au 29 septembre 2016 diagnostique essentiellement un trouble douloureux chronique avec des facteurs physiques et psychiques ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et déficit en vitamine D, mais ne contient aucune indication concernant la capacité de travail.

5.3.3 Le 23 mai 2016, l'Office AI Berne a invité une spécialiste en orthopédie du SMR à se prononcer sur la validité du profil d'exigibilité établi par l'expertise du 19 mai 2015 eu égard à l'opération du 4 février 2016 et aux rapports médicaux ultérieurs précités. Dans sa prise de position circonstanciée du 16 août 2016, la spécialiste du SMR a confirmé la présence de limitations dues aux troubles de la marche et de la motricité fine de la main droite, sans déficit dans l'écriture, ainsi qu'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée au sens du profil d'exigibilité conformément à l'expertise du 19 mai 2015. Elle a estimé que l'opération vertébrale du 4 février 2016 avait amélioré la situation sur le plan somatique, tout en précisant que l'évolution de la comorbidité psychiatrique de l'assuré devait être examinée plus avant. Sur requête de l'intimé du 2 novembre 2017, un spécialiste en médecine interne du SMR a encore confirmé le 22 janvier 2018 la validité du profil d'exigibilité posé dans l'expertise du 19 mai 2015, tout en ajoutant que l'opération du 4 février 2016 avait provoqué une incapacité de travail totale pour une durée de trois mois, soit jusqu'au 30 avril 2016.

5.3.4 Sur le plan psychiatrique, les conclusions de l'expertise du 14 octobre 2017 et de son complément du 9 avril 2018 sont elles aussi crédibles et convaincantes. L'expert expose clairement les raisons pour lesquelles il ne partage pas l'évaluation du psychiatre traitant, s'agissant des critères diagnostiques pas réalisés et des incohérences relevées plus haut (voir ci-dessus c. 4.2 et 4.3.1). Il constate la présence d'éléments psychosociaux forts, mais pas fixés au point de justifier une atteinte à la santé devenue indépendante, les observations faites chez l'assuré ne permettant pas de se convaincre que les maux indiqués persisteraient si la

situation sociale s'améliorait et le déconditionnement au travail n'étant pas à prendre en considération. On soulignera encore que l'expert prend pleinement en considération les objections du psychiatre traitant dans son rapport du 2 mars 2018 après la préorientation du 15 février 2018. Cela étant, dans la mesure où la dernière prise de position du psychiatre traitant du 25 mars 2019, produite par le recourant en annexe à sa réplique du 12 avril 2019, indique expressément que la symptomatique actuelle demeure inchangée depuis son rapport du 2 mars 2018, les critiques émises par le psychiatre traitant à l'encontre de l'avis complémentaire de l'expert du 9 avril 2018, rédigées de manière générale, ne sont pas en mesure d'influer en faveur du recourant sur l'issue de la présente procédure, car elles portent sur la méthodologie dans l'établissement des diagnostics évoqués et non pas véritablement sur la capacité de travail concrète du patient.

5.4 En cours de procédure, le recourant a également fait parvenir au TA différents rapports médicaux postérieurs à la décision attaquée, dont un rapport rédigé le 17 avril 2019 par les médecins de la clinique de neurochirurgie de l'hôpital C._____ faisant état d'une hospitalisation du recourant du 13 au 17 avril 2019 en raison d'une parésie progressive du bras et de l'épaule gauche depuis plusieurs semaines. Les rapports médicaux en question ne remettent pas véritablement en question les conclusions des expertises médicales prises en compte dans la décision contestée, mais font état de l'évolution de l'état de santé du recourant postérieure à cette décision, rendue le 16 novembre 2018. Or le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision contestée, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation de l'état de fait en présence au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Tel n'est manifestement pas le cas en l'occurrence.

5.5 Sur la base de ce qui précède, il apparaît que l'expertise bidisciplinaire du 19 mai 2015, les rapports de synthèse du SMR sur le plan somatique des 22 janvier et 1^{er} mai 2018, de même que l'expertise psychiatrique du 14 octobre 2018 et son complément du 9 avril 2018, revêtent une force probante entière. Cela vaut également pour la proposition d'appréciation de pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique fondée sur une absence de tout diagnostic relevant de cette discipline, formulée par l'expert, qui la justifie notamment par le manque de fiabilité des déclarations du recourant. Cette proposition résiste au contrôle juridique et doit donc être confirmée. En effet, en voulant strictement suivre les étapes de l'analyse normative et structurée, la conclusion à laquelle est parvenu l'expert de façon étayée et crédible peut aussi se comprendre, juridiquement, comme le résultat de l'examen au premier niveau préconisé dans la jurisprudence, à savoir la mise à l'écart de tout diagnostic en présence de motifs d'exclusion (au sens de l'ATF 131 V 49). Or, en l'espèce de tels motifs s'imposent sous forme d'incohérences, d'exagérations ou d'autres manifestations d'un profit secondaire de la maladie en discordance manifeste avec l'anamnèse ou encore sous forme de plaintes très démonstratives dont les caractéristiques restent cependant vagues (ATF 141 V 281 c. 2.1.1). Globalement par conséquent, à l'instar du profil d'exigibilité résultant de l'expertise du 19 mai 2015 (voir ci-dessus c. 4.1.3) dont la validité a été confirmée, il faut conclure, selon une vraisemblance prépondérante, à une capacité de travail du recourant à hauteur de 70% dans une activité physique légère adaptée, essentiellement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg et sans mouvement répétitif avec charge en dessus de la hauteur de la poitrine, prenant aussi en considération de légères limitations dans la motricité fine de la main droite, et ce, depuis janvier 2013. Par ailleurs, une incapacité de travail totale de trois mois du recourant doit être reconnue à la suite de l'opération du 4 février 2016 et de la période de convalescence qui s'en est suivie. Des mesures supplémentaires d'instruction sont superflues.

6.

Il convient ensuite d'examiner les conséquences de ces constatations sur le droit du recourant aux prestations de l'AI.

6.1 Tout d'abord, le recourant ne peut être suivi dans la mesure où il prétend que le profil d'exigibilité qui lui a été reconnu par l'intimé, avec ses restrictions, en soi, exclut déjà toute possibilité d'emploi. La notion théorique de marché équilibré du travail qui sert de référence (critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité; voir ATF 110 V 273 c. 4b) implique il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (SVR 2016 IV n° 2 c. 4.4). En l'espèce le profil d'exigibilité défini par l'intimé suppose il est vrai un certain nombre de restrictions physiques. Cependant ce genre de limitations sont relativement communes, par exemple chez les travailleurs souffrant d'atteintes articulaires ou de troubles rachidiens neurologiques répandus dans la population, surtout à partir d'un certain âge. On ne peut à l'évidence parler d'activités n'existant que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne les connaît pas ou qu'elles nécessiteraient des concessions irréalistes de la part d'un employeur moyen (SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2). Il faut au contraire admettre, avec une vraisemblance prépondérante, que du point de vue du droit de l'AI, la capacité de travail résiduelle du recourant est exploitable sur le marché du travail équilibré, qui comporte aussi un éventail d'activités les plus diverses, y compris des emplois dits de niches, accessibles à des personnes handicapées qui peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur.

6.2 Pour déterminer le droit à la rente du recourant, il s'agit donc de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (voir ci-dessus c. 2.3). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs

approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). Les deux revenus doivent être définis en se plaçant aux moments (hypothétiques) de la naissance du droit à la rente et de ses modifications jusqu'à la date de la décision (voir ci-dessus c. 2. 4; ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2.1 En l'espèce, le droit la rente est né le 1^{er} mai 2013, comme l'a retenu l'intimé. En effet, c'est à cette date que le délai d'attente d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40% arrivait à échéance, une incapacité de travail (dans la profession d'aide-soignant) ayant été reconnue depuis mai 2012 (voir ci-dessus c. 2.3: art. 28 al. 1 LAI et certificat du médecin traitant du 9 mai 2012). Au 1^{er} mai 2013, le délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir ses droits (art. 29 al. 1 LAI) était également écoulé (formulaire de demande complété le 1^{er} juin 2012). L'année de référence correspondant au moment de la naissance du droit à la rente est donc 2013. Les modifications dans la capacité de travail consécutives à la période opératoire de début février à fin avril 2016 impliquent quant à elles des révisions de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, avec trois mois de décalage (voir ci-dessus c. 2.4: art. 88 a al. 1 et 2 RAI). Au cas particulier, même si la détérioration n'a en tout été attestée médicalement que pour juste trois mois, on peut admettre qu'à fin avril-début mai 2016, moment où la rente au plus tôt pouvait être augmentée (art. 88a al. 2 RAI), l'amélioration de l'état postopératoire devait encore se stabiliser pendant trois mois sans interruption notable pour pouvoir être qualifiée de durable, à savoir jusqu'à fin juillet 2016 (art. 88a al. 1 phr. 2 RAI; SVR 2017 IV n° 71 c. 2.3.1). Les comparaisons de revenus inhérentes à ces révisions doivent par conséquent quant à elles s'effectuer selon des données correspondant à 2016.

6.2.2 L'Office AI Berne s'est fondé, tant pour le revenu sans invalidité que pour celui avec handicap, sur de mêmes bases statistiques (en les indexant à 2013) publiées dans l'ESS 2012 et reflétant la valeur centrale des salaires versés aux hommes pour des activités non qualifiées (physiques ou manuelles simples). Ce choix de bases statistiques pour les deux revenus de la comparaison se justifie pleinement. D'après l'extrait de son CI figurant au dossier, il apparaît que les dernières cotisations versées

par le recourant à l'AVS/AI en fonction d'une activité lucrative l'ont été en 2011 et rien ne permet d'admettre que sans ses atteintes à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, il exercerait encore la même activité. La règle voulant que le dernier salaire gagné par la personne assurée, adapté le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2) serve de référence ne peut pas s'appliquer en l'espèce (ATF 144 I 103 c. 5.3 et références). Comme depuis la survenance de l'incapacité de travail, le recourant n'a pas non plus exercé d'activité lucrative, l'évaluation de son revenu d'invalidé doit aussi se fonder, selon la jurisprudence, sur une base statistique - l'ESS étant communément utilisée dans ce contexte (ATF 143 V 295 c. 2.2 et références).

6.2.3. Lorsque les revenus de valide et d'invalidé doivent être calculés à partir du même salaire statistique, le degré d'invalidité correspond alors au degré de l'incapacité de travail sous réserve d'un éventuel abattement sur le salaire statistique (SVR 2018 UV n° 29 c. 5.2). Il importe peu que les deux revenus soient, chacun selon un même taux, indexés au renchérissement, ou même adaptés au nombre usuel d'heures hebdomadaires pour l'année en cause (les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures; ATF 126 V 75 c. 3b/bb). En l'espèce par conséquent il n'est pas nécessaire d'effectuer une comparaison en fonction des données de 2013 et deux autres en fonction de celles de 2016. L'invalidité équivaut à 100% pour la période du 1^{er} mai au 31 juillet 2016 (absence totale de revenu avec invalidité) et à 70% sous réserve d'abattement pour les autres périodes, étant rappelé que le taux de 70% résulte des conclusions probantes des experts et prend en considération un taux d'occupation à plein temps avec une perte de rendement de 30% en raison d'un besoin de pauses accru et des limitations physiques subies par le recourant.

6.3

6.3.1 Dans sa comparaison, l'Office AI Berne a concédé un abattement de 15% sur le revenu avec invalidité déjà diminué de la perte de rendement, afin de prendre en considération les spécificités personnelles et professionnelles que le recourant connaît.

6.3.2 D'après la jurisprudence, Il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). 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, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au 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). Or, en l'occurrence, la réduction de rendement de 30% pour un taux d'occupation à plein temps, prise en compte dans l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail résiduelle de 70%, tient déjà compte des limitations du recourant (voir ci-dessus c. 4.3). Néanmoins, il convient d'observer en l'occurrence que la capacité de travail résiduelle de 70% du recourant est considérée dans le cadre d'une présence à plein temps. Or, dans ces circonstances, la jurisprudence a admis un abattement sur le revenu d'invalide en raison du désavantage qu'implique pour l'employeur, du point de vue de l'économie d'entreprise, l'occupation à plein temps de l'infrastructure d'une place de travail pour un rendement à ce point diminué, ne correspondant pas du tout au temps de présence (TF 9C_368/2009 précité c. 2.3.1, 9C_603/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2.3, cas à distinguer de ceux pour lesquels il existe seulement un besoin accru de pauses: par ex. SVR 2014 IV n° 37 c. 9.2). Dans l'arrêt TF 9C_603/2007 précité, le TF a chiffré l'abattement à 15% en tenant compte d'un rendement de 50% pour une pleine occupation d'un poste de travail et aussi d'autres facteurs personnels de l'assuré sans relation avec l'invalidité. En l'espèce, eu égard

aux circonstances, il n'appartient pas au Tribunal d'intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'intimé qui a fixé l'abattement à 15%.

6.4 En conséquence, la comparaison en pourcent des revenus sans et avec invalidité effectuée par l'intimé doit dès lors être confirmée. Avec un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité de 70%, le degré d'invalidité (arrondi) est de 41%, ce qui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2016 et à partir du 1^{er} août 2016. Pour la période allant du 1^{er} mai au 31 juillet 2016, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, eu égard à une invalidité de 100% (voir ci-dessus c. 6.2.3).

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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). Vu l'issue de la procédure, il ne peut pas non plus faire valoir de droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

7.3 La requête d'assistance judiciaire déposée par le recourant a cependant été admise (voir ordonnance du 21 février 2019) et le mandataire de ce dernier a été désigné comme avocat d'office pour la présente procédure judiciaire. Ainsi, les frais de celle-ci, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire. Il en va de même de la rémunération du mandataire d'office. Au vu de la note que ce dernier a établie le 16 mai 2019, qui correspond à une activité objectivement justifiée pour la présente procédure judiciaire et ne porte pas à la critique, les honoraires sont taxés à Fr. 2'576.90 (honoraires: Fr. 2'415.- [9,66h à Fr. 250.-] et débours: Fr. 161.90.-). Sur ce montant, Fr. 2'261.15 (honoraires: Fr. 1'932.- [9,66h à Fr. 200.-]; débours: Fr. 161.90; TVA: Fr. 167.25 [2'093.90 x 7,7%]) seront versés à Me B._____ par la caisse du Tribunal (voir les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11] et l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la

rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]). Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton et Me B._____ aux conditions de l'art. 123 du code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC, RS 272).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Les honoraires de Me B._____ sont taxés à Fr. 2'576.90 (honoraires: Fr. 2'415.-; débours: Fr. 161,90.-); la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'261.15 (honoraires: Fr. 1'932.-; débours: Fr. 161.90; TVA: Fr. 167.25) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

La présidente:

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).