

200.2019.901.AI
N° AVS
DEJ/REN

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

Jugement du 3 mars 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision rendue par ce dernier le 28 octobre 2019



En fait:

A.

A. _____, né en 1963, marié et père de deux enfants majeurs, est, selon ses indications, arrivé en Suisse à l'âge de 17 ans pour travailler (inscriptions au compte individuel de cotisations [CI] dès 1982). Ne disposant d'aucune formation professionnelle certifiée, il a successivement travaillé dans la construction, a été concierge, ouvrier, puis, en dernier lieu, a été employé en tant qu'aide-décolleteur à 100% dès le mois de septembre 2006 et jusqu'à son licenciement prononcé en décembre 2015 avec effet prévu à fin mars 2016, reporté en raison de l'incapacité de travail attestée dès le 19 janvier 2016.

En février 2016, le prénommé a introduit une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes auprès de l'Office AI Berne en invoquant une stéatose-hépatite non-alcoolique (NASH), de l'obésité WHO grade II, une résistance à l'insuline, des reflux gastro-œsophagiens, de l'OSAS (syndrome d'apnées obstructives) et une goutte, troubles existant depuis le 2 février 2015. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite, en requérant des informations auprès du médecin généraliste traitant et de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, dont notamment une expertise psychiatrique. Il a également pris conseil, à plusieurs reprises, auprès de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et a réceptionné des avis médicaux des psychiatre et neurologue traitants. Après un stage dans un atelier protégé, l'assuré a reçu un préavis du 21 décembre 2017 l'informant du refus envisagé de toute rente AI. Représenté par un mandataire professionnel, il a formulé des observations à l'encontre de ce préavis et a présenté des rapports médicaux émanant de son généraliste traitant ainsi que d'un rhumatologue. L'Office AI Berne a alors pris une nouvelle fois conseil auprès de son SMR, puis organisé une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neuropsychologie et psychiatrie) auprès d'un centre d'expertises médicales de l'AI (en l'occurrence, la Clinique C. _____), expertise qui a eu lieu en avril (examens) et mai 2019 (rapport). Peu avant la réalisation de cette expertise, l'assuré a requis l'octroi de chaussures

orthopédiques (moyen auxiliaire) et l'Office AI Berne a également ouvert une procédure d'intervention précoce.

B.

Sur la base de cette expertise pluridisciplinaire, l'Office AI Berne a communiqué à l'assuré, par préavis du 3 juillet 2019, qu'il envisageait de lui refuser toute rente d'invalidité. Après s'être vu octroyer le 15 juillet 2019 les chaussures orthopédiques requises, l'assuré, toujours représenté en procédure, a formulé le 12 septembre 2019 des observations à l'encontre de ce préavis et a présenté à leur appui des rapports médicaux. L'Office AI Berne a alors requis un complément d'expertise, puis, par décision formelle du 28 octobre 2019, a confirmé le contenu de son préavis, à savoir le refus de toute rente d'invalidité.

C.

Le 28 novembre 2019, l'assuré, toujours représenté en procédure, a porté la cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Le 18 décembre 2019, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, demandant également que le recourant ne reçoive aucune allocation de dépens et doive supporter les frais de procédure.

Le recourant a présenté la note d'honoraires de son mandataire le 24 janvier 2020, puis, le 7 juillet 2020, a fait parvenir au TA un nouveau rapport médical.

En droit:

1.

1.1 La décision du 28 octobre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Sont particulièrement critiqués par le recourant la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, prétendument en contradiction avec l'évaluation des médecins traitants et intrinsèquement contradictoire, de même que l'existence d'une capacité de travail résiduelle encore exploitable sur le marché du travail et, à toutes fins utiles, un abattement limité à 10% sur le revenu réalisable avec invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par 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 fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], et art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

2.3 Selon 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). 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).

2.4 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 (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. 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.

2.5 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). 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 (ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2019 IV n° 2 c. 2).

2.6 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).

2.7 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils

permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

Quant aux thèses des parties, elles sont les suivantes.

3.1 L'Office AI Berne, dans sa décision et réponse au recours, s'est basé sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire qu'il a diligentée et qu'il qualifie de probante, pour considérer que le recourant est capable de travailler à 100% sur le marché du travail dans une activité adaptée, à savoir peu variable et bien structurée, avec toutefois une perte de rendement de l'ordre de 20% liée tant à l'existence de lombalgies et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs que la difficulté vécue par le prénommé dans toutes les tâches complexes, abstraites ou inhabituelles. L'Office AI Berne a également retenu que les atteintes à la santé psychique n'étaient que la suite et conséquences de problèmes psychosociaux, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte sur le plan de l'AI. Il a aussi nié que l'âge du recourant lui ferme l'accès au marché du travail ordinaire ou lui donne droit à une réadaptation préalable au refus de rente. Quant au calcul de l'invalidité, l'Office AI Berne a considéré que l'abattement de 10% consenti sur le revenu avec invalidité, en raison des domaines d'activités possibles restreints, se révélait conforme à la jurisprudence.

3.2 Le recourant fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle se base l'Office AI Berne s'avère insuffisamment probante pour servir de base de décision, compte tenu principalement non seulement de ses divergences manifestes avec les conclusions des médecins traitants, mais également du fait de ses contradictions intrinsèques, en tant qu'elle retient une capacité de travail de 100% malgré l'ensemble des atteintes diagnostiquées, dont notamment une intelligence limitée. Selon le recourant, les conclusions de cette expertise ne correspondent pas à la

réalité, qui plus est en raison de son âge de 55 ans au moment de la décision, dès lors qu'il n'existe aucune capacité de travail résiduelle exploitable sur le marché du travail, cela d'autant plus que l'intimé ne lui a pas octroyé la réadaptation préalable exigée par la jurisprudence. A toutes fins utiles, il fait aussi valoir que l'abattement à appliquer sur le revenu avec invalidité devrait se monter à 25% et non seulement à 10%, compte tenu de son âge avancé, de ses limitations fonctionnelles extrêmement importantes, de son origine étrangère et de son incapacité presque totale à lire et écrire le français.

4.

Les faits pertinents suivants ressortent du dossier.

4.1 Le 25 avril 2016, le généraliste traitant du recourant a fait parvenir un rapport médical à l'Office AI Berne, accompagné d'une liasse de documents médicaux en sa possession (venant compléter ceux déjà produits par le recourant lors du premier entretien avec l'intimé le 23 mars 2016). A titre de diagnostics, il a recensé une dépression anxieuse depuis décembre 2015, des crises d'apnées diurnes d'origine psychogène, des lombalgies sur un canal lombaire étroit et un BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) avec syndrome d'apnées du sommeil, ces trois dernières atteintes existant depuis le début de l'année 2015. Sans effet sur la capacité de travail, le généraliste traitant a également indiqué une stéatose hépatite non alcoolique et une maladie de reflux gastro-œsophagien. Il a finalement encore indiqué une incapacité complète de travail dans la dernière activité exercée, mais une capacité de travail de l'ordre de 50% en milieu protégé. A noter encore qu'il ressort des différents rapports transmis par le généraliste traitant une hospitalisation du 24 au 26 mars 2016 en raison d'une syncope d'origine indéterminée, de même que les diagnostics d'obésité, de résistance à l'insuline et de goutte.

4.2 L'assurance perte de gain en cas de maladie a organisé une expertise psychiatrique, qui a eu lieu en avril 2016. Il en ressort les diagnostics de troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (anxiété) à la suite d'un licenciement

(ch. F43.22 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), de trouble hypocondriaque (CIM-10 F45.2) et de possible évolution vers une névrose de rente. Au jour de l'examen, le psychiatre n'a objectivé aucune atteinte à la santé à caractère invalidant.

4.3 Le SMR de l'Office AI Berne a ensuite pris position le 3 mai 2016 par un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Il a repris les diagnostics précités et a considéré que seul le syndrome lombo-vertébral sur troubles dégénératifs avait une répercussion sur la capacité de travail. Dans une activité adaptée, à savoir légère s'exerçant en position changeante, sans port de charge loin du corps et de travail au niveau des épaules, ni de position fixe assise ou debout ou des activités répétées en flexion du tronc en position agenouillée ou accroupie, il a estimé qu'il existait une capacité de travail de 100%, avec toutefois une diminution de rendement de l'ordre de 20% en rapport avec un nombre de pause augmenté en raison de la situation dégénérative de la colonne lombaire.

4.4 Le 10 juin 2016, un psychiatre d'un centre ambulatoire d'un service spécialisé régional consulté par le recourant a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2), existant depuis janvier 2016 et avec répercussion sur la capacité de travail, de même qu'un trouble somatoforme, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué une prise en charge de psychiatrie intégrée (avec hospitalisation) dès le 10 mai 2016 et une capacité de travail nulle depuis le 19 janvier 2016. Le 24 juin 2016, un neurologue consulté à deux reprises par le recourant a pris en considération le trouble anxieux-dépressif chronique déjà connu et communiqué les résultats de plusieurs examens neurologiques niant la présence d'une épilepsie. Selon lui, il n'existait pas d'incapacité de travail sur le plan neurologique.

4.5 Le médecin du SMR déjà sollicité a pris position une nouvelle fois le 13 septembre 2016, en considérant que les atteintes psychiques étaient d'origine réactionnelle à des événements psycho-sociaux importants. Il a ainsi confirmé la capacité de travail de sa précédente appréciation.

4.6 Le 31 janvier 2017, une psychiatre, d'une clinique de jour du service régional (récemment restructuré) consultée par le recourant à raison de cinq jours par semaine depuis la sortie de son hospitalisation le 10 juin 2016, a ajouté aux diagnostics déjà énumérés ci-dessus ceux d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F32.1), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique; CIM-10 F41.0) et de suspicion d'intelligence limite. Elle a fait savoir que le suivi était désormais limité à quatre jours par semaine et qu'il existait une incapacité de travail de 100% depuis le 19 janvier 2016. Elle a également indiqué que le recourant serait dirigé, à l'essai, vers un atelier protégé.

4.7 Le 27 mars 2017, le généraliste traitant a réitéré les diagnostics déjà connus et indiqué que l'état du recourant allait en s'améliorant lentement. Puis les psychiatres de la clinique de jour et du centre ambulatoire ont fait savoir, les 10 mai (à l'attention de l'assureur perte de gain) et 6 septembre 2017 (à l'attention de l'AI) qu'il n'existait que peu d'évolution et que le recourant avait débuté une activité occupationnelle dans un atelier protégé depuis le 1^{er} mars 2017.

4.8 A l'appui de ses observations à l'encontre du préavis du 21 décembre 2017, le recourant a présenté un rapport médical d'un rhumatologue consulté à deux reprises, lequel fait état le 14 mars 2018 de problématique au niveau du dos, de l'épaule droite et du genou droit si bien que la capacité de travail est selon lui limitée à 50%, et un rapport médical du 25 avril 2018 de son généraliste traitant selon lequel la capacité de travail est nulle dans le circuit économique habituel et de 50% dans un emploi adapté.

4.9 Le médecin du SMR, consulté à nouveau, a préconisé le 12 juillet 2018 la tenue d'une expertise pluridisciplinaire, sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie, de la psychiatrie et de la neuropsychologie.

4.9.1 Sur le plan rhumatologique, à l'issue de son examen personnel du 16 avril 2019, l'expert rhumatologue a diagnostiqué des rachialgies chroniques non spécifiques sur trouble dégénératifs étagés (CIM-10 M54.5), une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (CIM-10

M75.1), une méniscopathie (CIM-10 M23.3) et une goutte (CIM-10 M10) du genou droit (alors non active). Dans une activité adaptée, le recourant est selon l'experte capable de travailler à 100%.

4.9.2 Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a examiné le recourant le 17 avril 2019 et a retenu les diagnostics de trouble anxio-dépressif mixte réactionnel à des conflits au travail exacerbé depuis 2015, graduellement en rémission depuis l'introduction d'un traitement médicamenteux approprié en 2016, actuellement largement en rémission (CIM-10 F41.2), de convulsions dissociatives (psychogènes) à deux reprises en 2016, depuis lors en rémission (CIM-10 F44.5), d'accentuation de certains traits de la personnalité avec quelques traits psychorigides et obsessionnels (CIM-10 Z73.1) et d'intelligence basse (CIM-10 R41.2). Il a indiqué que la maladie, de type réactionnel, justifiait une incapacité de travail depuis le 19 janvier 2016, mais que cette affection s'est graduellement améliorée sous traitement, pour arriver à une large rémission et à une capacité de travail de 100%, avec une exigibilité médico-théorique entière du point de vue purement psychiatrique.

4.9.3 L'experte en neuropsychologie, logopédiste et psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, a examiné le recourant le 17 avril 2019 et a diagnostiqué une nosognosie limitée, des difficultés de compréhension fine et de calcul, des performances à la limite inférieure de la norme en mémoire à court terme, des troubles exécutifs (élaboration conceptuelle limitée, déficits de programmation, de flexibilité et d'incitation) et des troubles attentionnels (vitesse de traitement ralentie pour les tâches visuo-graphiques, déficit d'attention divisée). Elle a également indiqué que l'Indice de Raisonnement Perceptif (IRP) se situait en zone "limite", de même que l'Indice de Vitesse de Traitement (IVT) se situait dans la zone "très faible". L'experte en neuropsychologie a ainsi considéré que dans des activités concrètes, peu variables et bien structurées, la capacité de travail n'était que légèrement diminuée, dans le sens d'une diminution de rendement de 20%.

4.9.4 Sur le plan de la médecine interne et dans un rapport à considérer comme une appréciation commune de tous les experts, il a été repris l'ensemble des diagnostics énumérés ci-dessus et la capacité de travail a

été évaluée comme étant complète, au moins dès fin 2017, dans une activité adaptée, avec toutefois une diminution de rendement de l'ordre de 20%.

4.10 A l'encontre du deuxième préavis de l'Office AI Berne, le recourant a présenté un rapport médical attestant d'une hospitalisation du 10 mai au 10 juin 2016, puis d'un séjour en centre de jour du 16 juin 2016 au 27 février 2017, ainsi que d'un suivi auprès d'un service ambulatoire depuis le 4 avril 2017. Invités à se prononcer sur ce nouvel élément médical, les experts ont indiqué le 4 octobre 2019 qu'il n'existait aucun nouvel élément ou changement de l'état de santé susceptible d'engendrer une modification du profil d'exigibilité.

4.11 Le 7 juillet 2020, le recourant a fait parvenir au TA un certificat médical du 5 février 2020 issu d'un médecin spécialisé en médecine interne générale (nouveau généraliste traitant), lequel a rappelé les diagnostics déjà connus et indiqué une capacité de travail inexistante dans le circuit économique habituel, mais de 50% dans un atelier protégé.

5.

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, dès lors que l'Office AI Berne s'est basé sur ses conclusions pour rendre la décision dont est recours.

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 pluridisciplinaire répond aux exigences posées par la jurisprudence s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les experts dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute (et ne le sont d'ailleurs pas), ont procédé à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle), ainsi que les documents médicaux au dossier (p. 2 à 5 de l'expertise). Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts permettent également de vérifier la bonne application des indicateurs jurisprudentiels et sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

5.3 Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant à l'expert impliquent essentiellement qu'il pose un diagnostic et décrive l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail (voir c. 2.4. et par ex. TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1). En l'occurrence, dans leur évaluation consensuelle (voir c. 4.9.1 à 4.9.4 ci-avant), les experts ont considéré de façon générale que le recourant s'était annoncé en février 2016 auprès de l'AI en faisant état de multiples pathologies telles qu'une stéatose hépatique non alcoolique, une obésité de grade II, un diabète de type II, un reflux gastro-œsophagien, un syndrome des apnées obstructives du sommeil, soit un ensemble de diagnostics n'engendrant que rarement une incapacité de travail, mais ont constaté que, secondairement, dans le cadre de l'instruction, les facteurs réellement susceptibles d'avoir engendré une incapacité de travail sont apparus, en premier lieu la pathologie psychiatrique et différentes pathologies somatiques articulaires, principalement dégénératives. En dépit (sauf lors de l'examen neuropsychologique) de débuts d'entretiens difficiles face à un assuré revendicateur, fâché contre les médecins, les assurances et les employeurs, les experts ont relevé qu'une fois sa nervosité épuisée, l'assuré avait fait preuve d'une bonne collaboration et s'était montré authentique, ne cherchant pas à majorer ses plaintes. S'agissant des diagnostics avec impact sur la capacité de travail (voir c. 4.9 ci-avant), sur le plan rhumatologique, les rachialgies chroniques et (malgré certains doutes) la tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs ont surtout été

soulignées, avec en plus pour un genou, une dégénérescence mineure ainsi qu'une méniscopathie et la goutte, ancienne. Sur le plan neuropsychologique, ont surtout été mis en évidence une capacité intellectuelle limite (raisonnement et vitesse de traitement), des difficultés de compréhension fine et de calcul, une mémoire à court terme à la limite de la norme et des troubles exécutifs attentionnels légers. Sur le plan psychiatrique, il a été conclu que chez l'assuré, sans antécédents, un état anxiodépressif s'est installé suite au licenciement, avec des manifestations psychogènes à deux reprises en 2016 (convulsions dissociatives), et que cette atteinte, sous traitement (psychiatrie et psychothérapie intégrée, hôpital de jour, puis traitement ambulatoire avec, dans un cadre protégé, travaux occupationnels puis intégration dans un atelier horloger) a régressé progressivement. Sous l'angle de l'évolution médicale, ce trouble, maîtrisé sous traitement psychotrope, en large rémission au moment de l'expertise, a été considéré, bien que réactionnel, comme une maladie psychiatrique générant une authentique incapacité de travail depuis le 19 janvier 2016. L'évaluation consensuelle a levé les hésitations de l'avis psychiatrique relatives au terme de cette incapacité de travail. Sur la base de l'amélioration graduelle en 2016, dont l'amorce, selon l'expert psychiatre, avait déjà été constatée dans le rapport du 31 janvier 2017 (voir c. 4.6 ci-avant), les experts sont arrivés à la conclusion qu'une capacité de travail entière sur ce plan devait être considérée comme récupérée depuis fin 2017. Dans leur synthèse répondant aux questions du mandat, il ont décrit un profil d'exigibilité correspondant à une activité ne nécessitant pas de port de charges de plus de 5 kg, de positions en porte à faux du dos ou de positions statiques ou des mouvements répétés de bras au-dessus de la ligne des épaules (conséquences des lombalgies et de la tendinopathie chronique de la coiffe de rotateurs), évitant les déplacements fréquents en terrains irréguliers ou pour monter et descendre d'une échelle (ménagement de l'atteinte débutante au genou), activité de plus ou moins variable et bien structurée pour tenir compte des restrictions neuropsychologiques (difficultés dans l'auto-évaluation des capacités, les tâches complexes, abstraites ou inhabituelles, surtout en calcul). En respectant ce profil, l'expertise conclut à une capacité entière en taux, seulement limitée par une baisse de rendement de 20% (de nature neuropsychologique), au moins depuis fin 2017. Les experts ont aussi posé

un pronostic médiocre en termes de retour à l'emploi, des mesures d'accompagnement restant justifiées. Les experts ont donc rempli la mission qui leur incombe matériellement. Ils ont déduit des maux évoqués par les autres médecins et le recourant une liste censée de diagnostics restreignant les capacités fonctionnelles, en les profilant de façon raisonnée. Ils en ont aussi proposé une estimation quantifiée étayée en ampleur et dans le temps.

5.4 A l'encontre de l'expertise, le recourant allègue une contradiction intrinsèque entre le profil prenant en compte une intelligence limitée en plus des restrictions somatiques et, quand bien même il s'agirait d'activités simples et répétitives, le fait d'avoir estimé la capacité de travail à 100%, tout en jugeant que les chances de retrouver un emploi étaient médiocres. Cette critique ne saurait être acceptée. En effet, elle ne prend pas en considération la perte de rendement de 20% concédée précisément en raison des troubles neuropsychologiques. Le recourant oublie également qu'il a travaillé jusqu'à fin 2015 à plein temps avec ses atteintes dégénératives et ses limites intellectuelles, en étant rétribué par un salaire nettement supérieur aux minimaux des conventions collectives dans l'industrie des machines ou de la métallurgie (voir par ex. en ligne le site: www.service-cct.ch), et que ce n'est pas son état de santé, mais des motifs économiques, qui ont justifié son licenciement (voir dossier [dos.] AI 15/2). Le recourant a du reste déclaré à plusieurs reprises effectuer, dans le cadre protégé où il était placé au moment de l'expertise, le même travail que les personnes employées directement par l'entreprise horlogère. En outre, rien n'indique au dossier que des travaux d'auxiliaire dans le décolletage, du genre de ceux requis par le dernier emploi, ne correspondraient pas au profil d'exigibilité. Ce point n'a pas été investigué de façon plus précise puisque l'emploi avait été résilié pour d'autres raisons. En réalité, ce qui a déstabilisé la capacité de travail du recourant dans des emplois adaptés, c'est sa réaction dépressive au licenciement et, pour ce point, une incapacité de travail totale d'environ deux ans a été attestée par les experts.

5.5 Contrairement aussi aux arguments du recours, les experts étaient parfaitement conscients du fait que le recourant, également dans l'atelier

d'horlogerie dans lequel il œuvrait alors, y avait été placé dans le cadre protégé de sa réhabilitation en cours depuis le terme mis à sa semi-hospitalisation à fin février 2016. Les étapes de cette réhabilitation ont du reste guidé l'expert psychiatre, puis le consilium, pour évaluer la récupération et la stabilisation de sa capacité de travail fixée à fin 2017, soit après dix mois d'activité en cadre protégé.

5.6 Finalement, le recourant fait valoir que les avis divergents de ses médecins traitants, par exemple le certificat du 25 avril 2018 de son généraliste et l'attestation du 28 mai 2019 de son psychiatre produits en réaction aux préavis (voir c. 4.8 et 4.10 ci-avant), l'emportent sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qui, d'ailleurs, posent un pronostic médiocre. Comme le rappelle le recours lui-même (art. 3 p. 4 et 5, ne transcrivant toutefois pas fidèlement l'arrêt cité qui explique la différence de force probante entre un avis de médecin interne à l'assurance [en AI: art. 59 al. 2^{bis} LAI] et les conclusions d'une expertise établie selon les art. 44 LPGA et 72^{bis} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), vu la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4), on ne saurait mettre en cause les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour mettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 124 I 170 c. 4; TF 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 c. 4; SVR 2017 IV n° 49 c. 5.5). Or, précisément, en l'occurrence, les experts connaissaient tous les avis exprimés par les médecins traitants antérieurs à leur rapport du 20 mai 2019 et les ont pris en considération (par ex. voir la synthèse du dossier: dos. AI 100.1/2-5 et sur le plan psychiatrique: dos. AI 100.3/8-9). L'attestation du 28 mai 2019 des traitements psychiatriques suivis, avec les remarques du représentant du recourant, ont spécifiquement été soumises aux experts et ces derniers ont confirmé que ces documents ne faisaient montre d'aucune information médicale nouvelle pouvant laisser supposer un changement de l'état de santé, donc rien qui puisse modifier le profil d'exigibilité. Cela étant, en l'occurrence, même le dernier certificat médical transmis par le recourant

en juillet 2020 – qui, décrivant un état de fait postérieur à la décision attaquée, ne peut de toute façon pas avoir d'incidence sur la présente procédure (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1) – reprend l'ensemble des diagnostics posés précédemment et pris en compte par les experts, précisant même que l'état dépressif et anxieux est désormais stabilisé grâce à un traitement médicamenteux. Il ne diverge que sur l'évaluation de la capacité de travail, fixée à 50% dans un emploi protégé, évaluation déjà émise par l'ancien généraliste le 28 mai 2019.

5.7 Il peut donc être constaté que sur le plan médico-théorique, l'expertise est probante. Il faut donc tabler avec une capacité de travail de 100% (avec une diminution de rendement de 20%) dans une activité adaptée depuis le mois de janvier 2018 et avec une incapacité de travail totale, du 19 janvier 2016 au 31 décembre 2017.

6.

Il s'agit ensuite d'examiner la capacité de travail médico-théorique définie ci-avant sous l'angle juridique.

6.1 L'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 c. 4.3), dont les principes ont ultérieurement été étendus à l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques (cf. ATF 143 V 409 et 418; ATF 145 V 215). Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 c. 3.2). Une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale qui interviendrait en vertu d'un meilleur savoir juridique n'est toutefois pas autorisée. Il faut bien davantage se demander dans le cadre de l'appréciation des preuves si les limitations fonctionnelles constatées médicalement apparaissent à un degré (à tout le moins) de vraisemblance prépondérante univoques et concluantes au vu du cadre normatif applicable (ATF 145 V 361 c. 3.2.2, 144 V 50 c. 4.3).

6.2

6.2.1 En l'espèce, l'Office AI Berne, tout en reconnaissant un caractère entièrement probant à l'expertise, a nié toute influence, même de durée limitée, des troubles psychiatriques, en considérant qu'ils étaient d'origine bio-psycho-sociale. En présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences – survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité – que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Or précisément, au cas particulier, l'expert psychiatre en accord avec ses trois collègues a clairement tranché au sens de l'existence d'une maladie psychiatrique (pas dépressive majeure au sens de la CIM-10 F32 mais anxiodépressive selon CIM-10 F41.2), il est vrai réactionnelle quant à son apparition, mais indépendante. A leurs yeux, cette maladie a annihilé toute capacité de travail pendant près de deux ans et elle n'a pu être ramenée à un état de rémission stabilisé que grâce à un suivi serré exigeant la prise de psychotropes et ayant évolué de la semi-hospitalisation jusqu'à fin février 2017, aux activités occupationnelles en atelier protégé puis à une réhabilitation dans un atelier d'horlogerie voué à ce type de mission. Contrairement aux craintes de l'expert mandaté par l'assurance perte de gain de l'employeur en avril 2016, l'expert psychiatre ayant participé à l'élaboration de l'expertise pour l'AI en mai 2019 a démenti qu'une évolution vers une "névrose de rente" se soit produite, en décrivant que l'assuré ne montrait pas une fixation mentale et émotionnelle importante sur sa maladie et son droit supposé à une rente mais restait orienté vers le monde qui l'entoure, sa famille et le travail qu'il accomplissait. Compte tenu de ces prises de position nettes, on ne peut que comprendre que les auteurs de l'expertise ont tenu compte de

possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social mais qu'ils ne se sont pas laissés inspirés par le modèle bio-psycho-social. (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2). On peut encore ajouter que dans son rapport du 12 juillet 2018, le médecin du SMR, certes sans spécialisation psychiatrique, a également émis un avis selon lequel la situation psychiatrique s'était stabilisée à fin 2017.

6.2.2 L'intimé ne peut pas non plus nier tout impact invalidant au trouble psychique faute de permanence de l'incapacité (ce que reconnaît aussi l'expert: dos. AI 100.3/10). Le caractère invalidant ne peut pas être dénié à des troubles psychiques du seul fait qu'ils peuvent encore être soignés ou traités à plus ou moins longue échéance. Le seul et unique critère déterminant pour savoir si une atteinte psychique peut ouvrir le droit à une rente d'invalidité consiste à examiner si l'atteinte en question a provoqué, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année (sans interruption notable), conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI et si une incapacité de gain au sens des art. 16 ou 8 al. 3 LPGA en lien avec l'art. 28a al. 2 et 3 LAI perdure (ATF 127 V 294 c. 4c; voir c. 2.4 ci-avant). Or, l'incapacité totale de travail attestée au recourant par l'expertise, d'une durée de deux ans, remplit ces critères décisifs.

6.2.3 L'Office AI, hormis les arguments évoqués précédemment, n'a pas cherché à exclure le caractère invalidant de l'incapacité de travail attestée transitoirement par une analyse structurée au sens des c. 2.3 et 6.1 ci-avant. L'expert en psychiatrie, de son côté, a fourni succinctement ses appréciations des différents indicateurs en fonction de la situation au jour de l'expertise. On en déduit, qu'à tout le moins, au premier niveau du processus d'analyse (ATF 141 V 281 c. 2.2), un motif d'exclusion des diagnostics posés (tel qu'une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action qui repose sur une exagération ou une manifestation analogue) a été écarté au vu de l'impression d'authenticité qu'a faite le recourant lors des examens (après avoir eu l'occasion d'exprimer sa colère contre certains rouages de la société et bien que cette attitude ait déjà aussi frappé le premier expert en 2016; voir c. 5.3). Au second niveau (ATF 141 V 281 c. 3.6 et 4.1.3), par rapport à la situation rétablie au moment de

l'expertise et en réitérant, sous l'angle de la cohérence, l'"authenticité" de l'assuré qui n'a pas majoré ses symptômes par rapport à l'évolution décrite dans les documents à disposition, il y a lieu de considérer que l'expert est arrivé au résultat que les indicateurs de la catégories "degré de gravité fonctionnel" (ATF 141 V 281 c. 4.3.), à savoir la gravité de la maladie (bien que réactionnelle), la résistance de cette dernière au traitement pourtant intensif et suivi par un assuré qui s'est toujours montré disponible à coopérer (notamment "jouant le jeu" au sein de l'atelier protégé) ont eu raison, pendant une période estimée à deux ans, de ses ressources (structure quotidienne, harmonie dans la vie avec son épouse et ses enfants, quelques bons amis, personnalité tendant en général à la stabilité malgré certains penchants conflictuels, résilience psychique présente bien qu'entamée par une résistance diminuée à l'adversité). Rien ne permet de remettre en cause cette proposition d'appréciation de la capacité de travail, tenant compte de l'ensemble des données à disposition.

6.3 L'évaluation médico-théorique admettant une incapacité de travail transitoire découlant de l'expertise (c. 5.7), doit dès lors être confirmée sur le plan juridique, à l'encontre de l'appréciation de l'intimé.

7.

7.1 Comme le recourant, selon les conclusions médicales probantes admises ci-avant, a récupéré un état de santé comparable à celui qu'il avait avant le licenciement pour raisons économiques de son dernier emploi (troubles dégénératifs et limitations neuropsychologiques, les troubles psychologiques étant en rémission), il apparaît à l'évidence qu'on ne mise pas sur des possibilités irréalistes ou excessives en estimant que sa capacité résiduelle de travail peut encore être exploitée sur le marché du travail. Le recourant lui-même a déclaré à plusieurs reprises avoir le sentiment d'effectuer, dans le cadre de l'atelier protégé, le même type d'activité professionnelle que les ouvriers directement engagés par l'entreprise où il se trouvait. Cela vaut d'autant plus que l'employabilité doit être déterminée en se référant non aux conditions concrètes du marché du travail mais à celles d'un marché du travail équilibré (notion théorique et

abstraite qui sert à délimiter les interventions de l'assurance-chômage par rapport à celles de l'AI) et que la jurisprudence admet qu'un marché équilibré présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique, dont des emplois dits de niche, à savoir des offres de travail dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une bienveillance sociale de la part de l'employeur (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 21 c. 4.2). L'âge du recourant (56 ans lorsque la décision a été rendue, 55 ans lorsque la récupération de sa capacité de travail a été attestée par l'expertise) est bien inférieur à l'âge de 60 ans que le Tribunal fédéral estime assez avancé pour examiner la proportionnalité de l'exigence d'exploitation de la capacité résiduelle de travail, notamment lorsqu'un changement de profession est nécessaire (voir par ex.: ATF 145 V 2 c. 5.3.1, 138 V 457 c. 3.1-3.3; SVR 2020 IV n° 5 c. 7.1). L'âge de 55 ans peut tout au plus jouer un rôle lorsqu'il est question de diminuer ou supprimer une rente déjà allouée, situation qui peut exiger de l'office AI qu'il organise des mesures de réadaptation antérieures au prononcé envisagé relatif à la rente ATF 145 V 209 c. 5.1, 141 V 5 c. 4.1; SVR 2019 IV n° 38 c. 5.2, 2016 IV n° 27 c. 5.1, 2011 IV n° 30 c. 4.2.1 et 4.2.2, n° 73 c. 3.3). En l'occurrence, même si un droit à une rente peut lui être reconnu pour l'invalidité correspondant à l'incapacité de travail transitoire que l'expertise admet (voir TF 8C_80/2020 du 19 mai 2020 c. 2.3.3 et c. 7.2.3 et 7.2.4 ci-après), le recourant ne remplit pas les conditions jurisprudentielles exigeant une telle réadaptation préalable. En effet, sa capacité de gain retrouvée, semblable à celle qu'il avait deux ans auparavant, est à nouveau exploitable sur un marché équilibré du travail et des mesures de réadaptation ne s'imposent pas. Le pronostic médiocre concédé par les experts ne change rien au fait qu'un emploi du genre du dernier exercé est de nouveau exigible médicalement. En l'espèce, le "Protokoll" joint à la réponse au recours montre précisément que l'assuré a d'emblée refusé, en avril 2019 (après les examens des experts), une proposition de réadaptation professionnelle dans le cadre de mesures d'intervention précoce (travail en parallèle avec une rente) en faisant valoir des raisons de santé. Faute de volonté et d'aptitude subjective à la réadaptation, le droit à des mesures de réadaptation pouvait être nié sans mise en demeure et sans délai de réflexion (SVR 2019 IV n° 3 c. 7).

7.2

7.2.1 Le recourant ayant exercé, avant l'atteinte à la santé, une activité lucrative à plein temps, son invalidité doit être calculée selon l'art. 16 LPGa. Selon cette disposition, 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). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

7.2.2 L'intimé, qui n'a tenu compte que des handicaps non psychiques (la perte de rendement), s'est fondé sur une rente pouvant naître en 2017. Il a comparé un revenu d'assuré valide évalué à partir du salaire qui aurait été réalisé chez le dernier employeur en 2017 (Fr. 65'195.- selon des renseignements fournis par cet employeur le 18 décembre 2016 [voir préavis du 21 décembre 2017] ne figurant du reste pas au dossier) avec un revenu avec invalidité de Fr. 48'313.-, fondé sur une donnée statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiée par l'Office fédéral de la statistique [OFS, données accessibles en ligne], 2016, table TA1, secteur privé, hommes, niveau de compétence 1, valeur "total"), adaptée à la durée normale du travail en 2017 de 41,7 heures par semaine, indexée à 2017 (indice d'indexation pas précisé par l'intimé, vraisemblablement celui de la table T39 1939=0, hommes, aussi publiée par l'OFS).

7.2.3 En l'espèce, l'octroi d'une rente pourrait prendre effet au plus tôt en janvier 2017. C'est au cours de ce mois qu'a expiré le délai d'attente d'un

an de l'art. 28 al. 1 LAI, l'incapacité de travail ayant été attestée depuis le 16 janvier 2016 (voir c. 2.4 ci-avant). De plus, en janvier 2017, le délai de six mois à compter de la demande de prestations (29 al. 1 al.1 LAI) était aussi échu. Par la suite, selon l'expertise, une capacité de travail (100%, perte de rendement de 20%, voir c. 5.7 ci-avant) a été recouvrée à fin 2017. Si cette amélioration a un impact sur le droit à la rente, la modification devra prendre effet au 1^{er} janvier 2018. Au cas particulier, comme les experts ont considéré que la capacité était en tout cas récupérée à fin 2017, il y a lieu d'en déduire qu'elle était stabilisée à cette date, sans qu'une complication prochaine soit à craindre (amélioration progressive depuis janvier 2016 sous traitement; art. 88a al. a phr. 1 et non phr. 2 RAI). Il faut donc (voir c. 7.2.1 ci-avant) procéder à deux comparaisons de revenus en 2017 et en 2018.

7.2.4 Concernant la période allant de janvier 2017 à fin 2017, il a été retenu ci-avant que le recourant était totalement incapable de travailler. Le revenu avec invalidité est donc nul et la comparaison de revenus mène à un degré d'invalidité de 100%, donnant droit à une rente entière.

7.2.5 Dès le 1^{er} janvier 2018, il faut procéder à une comparaison de revenus en fonction d'une capacité de travail de 100% diminuée d'une perte de rendement de 20%. Contrairement à ce qu'a retenu l'Office AI, en l'occurrence, le salaire réalisé en 2017 chez le dernier employeur ne constitue pas une base fiable pour le revenu sans invalidité. En effet, ce contrat de travail n'a pas été résilié en raison de la maladie ayant conduit à l'invalidité. Même en bonne santé, le recourant n'occuperait plus cette place de travail. Des indices concrets déterminants faisant défaut pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, il faut donc se rabattre sur des valeurs moyennes fondées sur l'expérience, comme celles qui sont prises en compte dans l'ESS, en corrélation avec les circonstances personnelles et professionnelles influençant la fixation du salaire de la personne assurée dans le cas concret (ATF 144 I 103 c. 5.3; TF I 517/02 du 30 octobre 2002 c. 1.2). Le recourant n'ayant pas de formation certifiée et ayant déjà exercé diverses activités dans différents domaines, la valeur "total" de la table prise en compte par l'intimé comme base du revenu avec invalidité est la donnée la plus adaptée (TA1, secteur privé, hommes, niveau de

compétence 1, soit les tâches simples, surtout manuelles, ne requérant pas de formation). Il en résulte qu'il faut comparer deux revenus fondés sur une même base qu'il est superflu d'adapter et indexer, aussi sur des données statistiques semblables. Dans ces circonstances particulières, une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent suffit. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2).

7.2.6 Ne manque donc plus que l'estimation de l'abattement pour disposer de tous les facteurs influençant le calcul de l'invalidité. L'Office AI Berne a estimé qu'en l'espèce, il se justifiait de pratiquer un abattement supplémentaire de 10% sur le salaire statistique pris en considération, au sens de la jurisprudence (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), pour tenir compte d'éventuels facteurs susceptibles d'influencer négativement le revenu exigible avec invalidité, à savoir, pour le recourant, la réduction des domaines d'activité en raison de l'atteinte à la santé. La mesure, d'au plus 25%, dans laquelle les salaires ressortant des statistiques peuvent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Le recourant, à titre subsidiaire (s'il n'obtenait pas la rente entière qu'il réclame), a fait valoir qu'à tout le moins un abattement maximal de 25% devait lui être accordé, justifié par l'âge déjà avancé, les limitations fonctionnelles extrêmement importantes, le défaut de formation et son origine étrangère impliquant notamment qu'il ne sait pratiquement ni lire ni écrire en français. Le recourant doit cependant réaliser que les critères qu'il invoque étaient déjà en majeure partie présents avant son licenciement, pas intervenu pour des motifs de santé, dans son dernier emploi. La nationalité étrangère du recourant, qui vit en Suisse depuis plus de 40 ans, n'a plus d'influence salariale. Dans les activités manuelles simples, le salaire n'augmente pratiquement pas avec l'ancienneté. Les capacités

intellectuelles limitées, qui impactaient peut-être déjà le dernier salaire (qui ne sert plus de base d'évaluation du salaire d'assuré valide), sont couvertes par la perte de rendement de 20% et ne doivent pas être comptées encore une fois dans l'abattement (SVR 2020 IV n° 69 = TF 9C_18/2020 du 19 mai 2020 c. 6.1.1, 6.2.2 et 6.2.3). Comme l'a reconnu l'intimé, seule la restriction de l'éventail des emplois adaptés au profil d'exigibilité sur le marché du travail, restriction qui a pu s'accroître du fait de l'âge et de la progression des atteintes somatiques dégénératives, peut justifier un abattement. Il s'agit cependant de limitations fonctionnelles courantes chez un grand nombre de travailleurs d'un certain âge. Le TA ne saurait donc intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'intimé quant au taux de 10% de l'abattement.

7.2.7 Il découle de ce qui précède un taux d'invalidité de 28% (le revenu sans invalidité de 100%, diminué de la perte de rendement de 20%, à savoir 80%, taux lui-même diminué de 10%, donc 72%, ce qui correspond à une perte de gain de 28%).

7.2.8 Sur le vu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 et, dès le mois de janvier 2018, son degré d'invalidité n'ouvre plus le droit à une rente.

8.

8.1 Le recours doit ainsi être partiellement admis et la décision attaquée annulée en tant qu'elle refuse une rente du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017. Une rente entière doit être octroyée au recourant pour cette période. L'intimé fera procéder au calcul de cette prestation limitée dans le temps. Pour le surplus, le recours doit être rejeté.

8.2 En matière d'assurances sociales, lorsque le caractère partiel du gain de cause porte non pas sur le principe du droit, mais sur son ampleur (montant ou durée), il y a lieu de répartir les dépens (et frais) comme si le recours avait abouti à un gain total (ATF 117 V 401 c. 2c; TF 9C_580/2010 du 16 novembre 2010 c. 4.1; SVR 2016 IV n° 12 c. 5).

8.2.1 Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

8.2.2 Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPG; art. 104 al. 1 et 3 et art. 108 al. 3 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 24 janvier 2020, qui ne prête pas flanc à la critique compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 1'823.45 (honoraires: Fr. 1'620.-, débours: Fr. 73.- et TVA: Fr. 130.45).

Par ces motifs:

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée en tant qu'elle refuse une rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017. Une rente entière d'invalidité est octroyée au recourant pour cette période. L'Office AI Berne fera procéder au calcul et au versement de cette prestation en rendant la décision nécessaire. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'823.45 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
 - à D. _____.

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).