

200.2020.601.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 1^{er} octobre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 23 juin 2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, carrossier de profession, a été victime d'un accident de moto le 2 septembre 1987, qui a notamment provoqué une commotion cérébrale et de multiples fractures, en particulier aux jambes, aux genoux et au bassin. Le processus de guérison a été parsemé de différentes interventions chirurgicales et de traitements médicaux. L'assuré a bénéficié du 14 novembre 1989 au 30 novembre 1993 d'un reclassement professionnel comme employé de bureau (avec l'obtention du certificat fédéral de capacité), puis d'inspecteur d'assurance, formations prises en charge par l'assurance-invalidité (AI). Il a ensuite été engagé dès le 1^{er} décembre 1993 par une compagnie d'assurances en tant que collaborateur au service externe. Le 10 avril 1996, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'AI, requérant l'octroi d'une rente en indiquant être atteint de lésions aux deux genoux, à la cheville droite, au fémur droit, au tibia gauche, à la hanche droite, aux vertèbres cervicales C4-C5, ainsi que souffrir d'une scoliose due au fait que sa jambe gauche serait un centimètre plus courte que la droite. Après avoir instruit la demande, l'Office AI Berne, par décision du 9 juillet 1998, a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 1996 au 31 mai 1997, puis une demi-rente à partir du 1^{er} juin 1997. Par jugement du 26 mars 1999, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a rejeté le recours de l'assuré contre cette décision. Par décision du 21 mai 2001, à l'issue d'une procédure de révision, l'Office AI Berne a confirmé le droit de l'assuré à une demi-rente. Le 17 mars 2004, ce dernier a déposé une demande d'augmentation de sa rente. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une expertise pluridisciplinaire a été organisée auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI. Le rapport d'expertise du 12 juillet 2006 a conclu à une capacité de travail de quatre à cinq heures par jour dans le dernier emploi exercé, soit en tant que collaborateur dans un service de garde. Sur cette base, dans une décision du 14 novembre 2006, l'Office AI Berne a considéré que le degré d'invalidité de l'assuré demeurerait inchangé à 50% et a refusé d'augmenter la rente d'invalidité.

B.

Le 12 octobre 2009, l'Office AI Berne a entrepris une nouvelle procédure de révision de la rente de l'assuré, rassemblant de nombreux rapports médicaux. Les 21 janvier 2010 et 27 janvier 2011, l'assuré a déposé deux nouvelles demandes d'augmentation de sa rente, indiquant subir une double hernie discale, un problème de vertèbre lombaire et avoir perdu son emploi de chauffeur à plein temps au 31 janvier 2010. Après avoir notamment invité à deux reprises (les 2 mai 2012 et 5 février 2013) son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) à prendre position sur le dossier médical de l'assuré, l'Office AI Berne, par décision du 21 juin 2013, a alloué rétroactivement à celui-ci une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} décembre 2009, lui reconnaissant une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} septembre 2009.

C.

En juillet 2013, l'Office AI Berne a derechef entamé une procédure de révision de la rente de l'assuré, qui a rempli le formulaire de révision idoine en date du 10 juillet 2013. Après avoir rassemblé divers avis médicaux ainsi qu'un rapport circonstancié du SMR du 2 août 2016, l'Office AI Berne a communiqué le 13 octobre 2016 à l'assuré avoir constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuait donc à bénéficier d'une rente entière, tout en l'informant que la prochaine révision de rente était prévue en octobre 2017. Le 4 octobre 2017, l'Office AI Berne a envoyé à l'assuré un nouveau questionnaire de révision de la rente d'invalidité, que celui-ci a rempli le 12 octobre 2017 en faisant valoir une dégradation de son état de santé dans le contexte de ses douleurs dorsales et de ses problèmes intestinaux. De nombreux avis médicaux ont été recueillis. Un spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR a pris position à deux reprises sur le dossier médical de l'assuré, les 26 juin et 7 août 2018. Sur recommandation de ce service, une expertise médicale pluridisciplinaire a été organisée par l'Office AI Berne, afin de clarifier l'évolution de l'état de santé de l'assuré et ses répercussions sur sa capacité de travail. Les experts ont produit leur

rapport en date du 13 février 2020. S'appuyant sur cette expertise, l'Office AI Berne, par préorientation du 27 février 2020, a averti l'assuré qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité. Nonobstant les objections du mandataire de l'assuré du 4 mai 2020, certificat médical à l'appui, l'Office AI Berne, après avoir obtenu un rapport complémentaire des experts médicaux du 10 juin 2020, a prononcé par décision du 23 juin 2020 la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré à la fin du mois suivant la date de la décision, pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans la préorientation du 27 février 2020, et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

D.

En date du 19 août 2020, l'Office AI Berne a transmis au TA un écrit du 14 août 2020 de l'assuré par lequel ce dernier conteste la suppression totale de sa rente d'invalidité. Il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire le 28 août 2020 et encore complété son recours le 2 septembre 2020, concluant, sous suite des frais et dépens, à l'annulation de la décision du 23 juin 2020 et au maintien de son droit à une rente entière, subsidiairement à une rente partielle. Dans son mémoire de réponse du 2 octobre 2020, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Par réplique du 24 octobre 2020 et duplique du 6 novembre 2020, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Invité par ordonnance du 9 novembre 2020 à préciser s'il entendait demander la tenue d'une audience publique au sens de l'art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH, RS 0.101), comme une des remarques de sa réplique aurait pu le laisser entendre, le recourant ne s'est plus manifesté en cours de procédure, ce que la juge instructrice a constaté dans son ordonnance du 3 décembre 2020, dans laquelle elle a par ailleurs transmis la cause à la Cour des affaires de langue française pour jugement.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 23 juin 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime au 1^{er} août 2020 (1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit sa notification) la rente entière d'invalidité perçue par le recourant. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et principalement sur le maintien pour l'assuré de sa rente entière de l'AI, subsidiairement sur l'octroi d'une rente partielle. Sont particulièrement critiqués par le recourant, l'estimation de sa capacité de travail d'après l'expertise médicale pluridisciplinaire du 13 février 2020 et le principe même d'une amélioration de son état de santé.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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, dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 LPGA).

2.2

2.2.1 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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2). Les experts médicaux 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).

2.2.2 On ne peut nier d'emblée tout caractère invalidant, au sens du droit de l'assurance-invalidité, aux syndromes de dépendance et aux troubles consécutifs à la consommation de substances, lorsqu'ils ont été diagnostiqués sans équivoque par des médecins spécialistes. Dans de tels

cas, il y a bien plus lieu - comme en présence de toutes les autres maladies psychiques - d'établir au moyen d'une procédure probatoire structurée si et, le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué dans les règles de l'art par un médecin spécialiste a des conséquences sur la capacité de travail de la personne assurée concernée (ATF 145 V 215 c. 5.3.3 et c. 7; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 8.1.2.1).

2.2.3 Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6). Pour des raisons de proportionnalité, il peut être

renoncé à une procédure structurée lorsqu'elle n'est pas nécessaire ou n'est pas adaptée. Cela vaut notamment lorsqu'en l'état du dossier, aucun élément ne permet d'admettre une incapacité de travail de longue durée (art. 28 al. 1 let. b LAI) ou qu'une telle incapacité de travail de longue durée est niée d'une manière compréhensible par des rapports médicaux convaincants de médecins spécialistes, dans la mesure où d'éventuelles autres appréciations divergentes ne s'avèrent pas probantes faute de qualification médicale spécialisée de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 145 V 215 c. 7).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4 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 autre diagnostic ou la suppression d'un diagnostic ne représentent une aggravation, respectivement une

amélioration de l'état de santé propres à motiver une révision que si ces changements de circonstances touchent le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 5.2). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5).

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 d'autres spécialiste, 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).

2.6 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 indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision de suppression de rente d'invalidité du 23 juin 2020, l'intimé a considéré que l'état de santé du recourant s'était amélioré de manière considérable et que d'un point de vue médical, son activité habituelle était exigible à 100% avec une baisse de rendement de 10% en raison de pauses supplémentaires pour mobiliser le rachis. Pour justifier cette amélioration de l'état de santé du recourant par rapport à la situation qui prévalait le 21 juin 2013, date de la décision par laquelle il avait accordé à celui-ci une augmentation à une rente entière rétroactivement au 1^{er} décembre 2009, l'Office AI Berne s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 13 février 2020. Les conclusions de cette expertise faisaient état d'une perte de rendement de 10% sur le plan somatique orthopédique et de 20% sur le plan psychiatrique en raison d'une consommation excessive d'alcool, cette seconde proportion de baisse de rendement pouvant par ailleurs être éliminée par un sevrage. Dans son mémoire de réponse du 2 octobre 2020, l'intimé a notamment précisé que, selon l'expert psychiatre, le recourant présentait une consommation excessive d'alcool qui réduisait sa performance de l'ordre de 20%, mais qu'elle serait de 100% après deux mois de sevrage, et que l'épisode dépressif qui avait eu lieu entre mars et septembre 2018 était actuellement résolu, le recourant ne présentant plus de symptômes compatibles avec une dépression aiguë. S'agissant de l'aspect orthopédique, l'intimé a souligné que depuis la dernière décision du 21 juin 2013, la capacité de travail dans une activité respectant le profil d'effort exigible du recourant a été médico-théoriquement de 90% depuis janvier 2014, une année après la dernière opération lombaire du 30 janvier 2013, et qu'en ce qui concernait le genou droit, la capacité de travail du recourant était également de 90% trois mois après l'intervention du 18 décembre 2019, soit à partir du 18 mars 2020. L'intimé a conclu que depuis les interventions lombaires subies en 2010, 2011 et 2013, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré du point de vue orthopédique et que l'on était bien en présence d'une modification de l'état de santé entraînant la suppression de la rente d'invalidité en application de l'art. 17 LPGA.

3.2 Le recourant, quant à lui, conteste la valeur probante de l'expertise du 13 février 2020. Il invoque en substance que les conclusions des experts ne correspondent pas à la réalité et que ses problèmes de santé ne se sont pas améliorés et ne lui permettent pas de reprendre une activité lucrative actuellement. Il allègue que l'expertise n'indique pas que sa santé se serait améliorée, mais au contraire péjorée au niveau psychique, et qu'il n'y aurait pas de raison de supprimer sa rente, vu que la situation n'a pas changé, mais qu'elle s'est plutôt aggravée. Il fait aussi valoir qu'il n'a aucune addiction à l'alcool, mais que même si tel était le cas, d'un point de vue médical et juridique, une dépendance à l'alcool correspondrait clairement à une maladie. Dans ce cas, selon lui, il s'imposerait dès lors, comme pour les autres troubles psychiques, de se poser la question de savoir s'il pourrait, malgré cette affection diagnostiquée médicalement, exercer à plein temps ou à temps partiel une activité adaptée. Dans sa réplique du 24 octobre 2020, il déclare encore en substance que depuis l'année 2009, son état de santé s'est péniblement maintenu, voire dégradé à la suite des multiples opérations médicales qu'il a endurées entre 2015 et 2017 concernant des nécroses de plusieurs parties intestinales, ainsi que des douleurs principalement localisées dans la partie dorsale et caudale. Il invoque également une fonte musculaire importante, son poids corporel étant passé de 84 kg à 59 kg en quelques années. Sur le plan orthopédique, il ne comprend pas que la capacité de travail retenue par l'intimé puisse atteindre 90% alors que la charge maximale qu'il lui est possible de soulever ne dépasse pas les 10 kg, principalement à cause d'un "filet" non résorbable au niveau abdominal. Le 24 septembre 2020, le recourant a par ailleurs produit deux rapports des 14 septembre 2016 et 16 septembre 2020 d'un institut de radiologie ayant effectué des examens par résonance magnétique (IRM) de son rachis lombaire, ainsi qu'un courrier de son médecin généraliste du 24 septembre 2020, qui y constate, en comparant les deux rapports d'IRM précités, une aggravation d'une lombosciatique S1 à droite avec des troubles sensitifs et un conflit sur la racine S1 droite.

4.

Au vu du dossier, on relèvera tout d'abord que le recourant a connu tout au long de sa vie différents accidents, dont un polytraumatisme en 1987 lors d'un accident de moto. Il a subi de nombreuses interventions chirurgicales au cours des années qui ont suivi: une arthroscopie des deux genoux en 1993, une arthrodèse, une opération de hernie discale cervicale apparue en 2009, puis deux interventions chirurgicales en octobre 2010 et octobre 2011 au niveau lombaire L5/S1 et une troisième opération avec spondylodèse L4/L5 et L5/S1 en raison d'une fracture du matériel. Ces interventions ont été suivies de troubles dégénératifs de la colonne lombaire inférieure, entraînant également de multiples interventions, le tout aboutissant aux douleurs chroniques invoquées par l'assuré. Il a aussi été opéré à plusieurs reprises en raison de douleurs abdominales (appendicectomie, cholécystectomie, cure de hernies, adhésiolyses). En 2018, alors que le recourant allait entreprendre des mesures de réadaptation, son généraliste traitant a par ailleurs entrepris un traitement par antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères (rapport du 17 avril 2018); ce traitement a duré d'avril à juin 2018. Le 18 décembre 2019, le recourant a encore subi une arthroscopie au genou droit en raison d'une lésion au ménisque et d'une chondropathie.

5.

5.1 Comme déjà énoncé ci-dessus (c. 2.4), dans le cadre d'une procédure de révision de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, il s'agit d'analyser si l'état de fait déterminant le droit à une rente s'est modifié de façon significative depuis le dernier examen matériel. En l'espèce, il convient donc d'examiner si la situation du recourant a évolué entre le 21 juin 2013 (date de la décision ayant accordé au recourant une rente entière rétroactive au 1^{er} décembre 2009) et le 23 juin 2020 (date de la décision ici litigieuse) de manière à influencer son droit à une rente.

5.2 La décision rendue le 21 juin 2013 par l'Office AI Berne ayant alloué au recourant une rente entière d'invalidité rétroactive au 1^{er} décembre 2009 était essentiellement fondée sur les rapports d'un spécialiste en pédiatrie

du SMR des 2 mai 2012 et 5 février 2013. Ce dernier, après une analyse des avis médicaux antérieurs et des périodes d'incapacité de travail attestées au dossier, avait estimé que l'assuré ne disposait plus d'aucune capacité de travail même dans une activité légère, et ce depuis le 1^{er} septembre 2009. Pour ce faire, le médecin du SMR s'était essentiellement référé au rapport du généraliste traitant du 10 avril 2012, qui indiquait que son patient était toujours à 100% incapable de travailler en raison de lombalgies persistantes, ainsi qu'au rapport du 6 juillet 2012 du neurochirurgien ayant traité le recourant. Le spécialiste y mentionnait qu'après une évolution postopératoire tout d'abord favorable suite à une opération de la colonne vertébrale intervenue le 26 octobre 2011, des lombalgies récidivantes étaient apparues postérieurement à la reprise du travail et que le patient avait dû être adressé à une clinique spécialisée en médecine de la douleur afin d'évaluer les possibilités de traitement palliatif. Le neurochirurgien précisait qu'aucune lésion vertébrale et/ou radiculaire n'avait été mise en évidence, que le patient avait aussi bénéficié d'une infiltration facettaire L4/5 et L5/S1, qui n'avait pas amélioré ses douleurs, et qu'en absence de signe neurologique, il ne voyait plus aucune possibilité d'intervenir chirurgicalement.

5.3 Dans le cadre de l'instruction de la procédure de révision ayant abouti à la décision du 23 juin 2020 ici litigieuse, l'Office AI Berne a procédé à une expertise pluridisciplinaire réunissant les disciplines médicales de la médecine interne, de la psychiatrie, de la neurologie et de l'orthopédie. Les experts mandatés ont rendu leur rapport en date du 13 février 2020.

5.3.1 L'experte spécialiste en médecine interne indique dans son rapport que son patient évoque des douleurs au niveau de ses genoux qui ont été opérés, qu'au niveau du bas du dos, il a eu trois opérations avec mise en place de vis, qu'il a subi trois opérations au niveau abdominal pour des brides, dont l'ablation de 6 cm d'intestin grêle entraînant des diarrhées invalidantes jusqu'à 10 à 15 fois par jour et qu'il a été opéré de la vésicule et de l'appendice perforé et abcédé. L'experte précise que l'assuré ressent quotidiennement des douleurs abdominales de type brûlure. Elle retient comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail un

volvulus de l'intestin grêle sur status adhérentiel important avec résection de 60 cm d'intestin grêle sur iléus sur bride en 2015, associé à des diarrhées chroniques. Elle estime toutefois, du point de vue de la médecine interne, que les douleurs abdominales sont stables et non incapacitantes en respectant le profil d'effort. Ce profil consiste à éviter le port de charges lourdes supérieures ou égales à 10 kg, par précaution, et à ce que des sanitaires soient disponibles à proximité, l'assuré devant se lever fréquemment pour aller aux toilettes. Dans cette mesure, l'experte déclare que du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail du recourant a toujours été médico-théoriquement de 100%, sauf lors des périodes d'hospitalisation et de réhabilitation, pendant lesquelles la capacité de travail était de 0% pendant une courte durée d'un mois au maximum.

5.3.2 Dans son rapport spécialisé, l'experte psychiatre diagnostique chez le recourant, avec une incidence sur la capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (ch. F10.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Sans incidence sur la capacité de travail, elle diagnostique en outre des troubles mixtes de la personnalité à traits dépendants, impulsifs et narcissiques (ch. F61.0 CIM-10) et relève sur le plan de l'interaction des diagnostics que les troubles de la personnalité favorisent la consommation excessive d'alcool et, en général, la dépendance aux toxiques. Dans son évaluation, l'experte explique que l'assuré présente une histoire de traumatismes à répétition depuis la fin de son adolescence, ayant entraîné plusieurs commotions cérébrales, mais que les examens neuropsychologiques effectués dans le cadre de l'expertise ne mettent toutefois pas en évidence de dysfonctionnement particulier en lien avec ces traumatismes. Elle indique que sur le plan psychiatrique, ces traumatismes sont compatibles avec une impulsivité liée à un trouble de la personnalité. Elle ajoute que ce trouble est notamment confirmé par les tests projectifs et qu'il est cliniquement diagnosticable au vu de la dimension complètement projective du discours, par ailleurs appauvri et peu nuancé de la personne assurée, ainsi que de la difficulté de celle-ci à prendre soin d'elle. Selon l'experte, ce trouble de la

personnalité est mixte dans la mesure où il comporte des aspects narcissiques, des idées de toute-puissance ou une dépressivité mineure si les idées de toute-puissance sont déçues, des éléments de faux-selfs et des aspects passifs. Elle déclare que le trouble de la personnalité n'est pas incapacitant en soi, mais qu'il favorise les accidents (impulsivité), la recherche d'attention médicale (passivité) et une thymie plutôt basse en raison des déceptions que font encourir à la personne assurée ses aspirations grandioses. Par ailleurs, l'experte estime que ce trouble est incompatible avec un travail dans le domaine de la sécurité. Elle souligne aussi que les troubles de la personnalité favorisent la consommation excessive d'alcool et, en général, la dépendance aux toxiques, et que la consommation d'alcool est de ce fait banalisée. Elle remarque que dans son rapport du 17 avril 2018, le généraliste traitant évoquait une dépression aiguë chez l'assuré et avait introduit dans ce contexte une médication antidépressive, que cette dépression avait duré, selon l'assuré, de mars à septembre 2018, que cet épisode inaugural était actuellement résolu et que l'assuré ne présente plus de symptôme compatible avec une dépression aiguë. L'experte souligne également que sur le plan psychiatrique, le recourant n'a pas de traitement en cours, mais qu'il devrait se sevrer complètement de sa consommation d'alcool pour retrouver un niveau de fonctionnement neuropsychologique optimal et se mettre à l'abri de rechutes dépressives. Elle constate par ailleurs que son trouble de la personnalité est chronique et non traitable. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, elle estime qu'elle a discrètement diminué en raison d'une consommation excessive d'alcool probablement depuis que l'assuré a travaillé comme démarcheur dans les assurances, et que cette diminution du rendement est de l'ordre de 20%, mais que la capacité de travail pourra être améliorée à 100% par un sevrage alcoolique complet, la récupération étant alors probablement complète après deux mois de sevrage, les activités de sécurité étant toutefois exclues.

5.3.3 Pour sa part, l'expert en neurologie pose les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de troubles dégénératifs cervicaux multiples opérés, sans déficit neurologique, ainsi que de troubles dégénératifs lombaires multi-opérés, sans déficit neurologique, en précisant que les deux genres de troubles n'ont pas de corrélation

spécifique sur le plan de la maladie. Il est d'avis que l'assuré est actuellement préterité d'une part par les douleurs consécutives aux multiples interventions rachidiennes, cervicales et lombaires et, d'autre part, à cause de nombreuses complications et douleurs suite aux interventions pratiquées au niveau abdominal et en particulier des diarrhées explosives imprévisibles. L'expert relève qu'en l'absence d'argument pour une atteinte médullaire et d'argument pour une atteinte radiculaire, le status neurologique démontre des arguments pour une polyneuropathie avec une aréflexie des membres inférieurs, une perte des sensibilités thermiques et douloureuses distales des mains et des membres inférieurs où l'assuré est particulièrement marqué. Le spécialiste estime que le patient n'a pas mentionné cela de façon spontanée car c'est asymptomatique. Il précise que ce type de pathologie périphérique évoque fortement une polyneuropathie à petites fibres longueur dépendante, dont la cause étiologique principale en Suisse est le diabète, maladie qui a touché semble-t-il gravement sa mère, voire même une intolérance au glucose, et que durant toute l'évolution des différentes atteintes à la santé du recourant, il n'y a pas eu sur le plan neurologique de déficit soit en rapport avec les commotions cérébrales, soit avec les atteintes et opérations multiples au niveau rachidien cervical et lombaire, ni médullaire ou radiculaire. Le spécialiste ne constate pas de limitation fonctionnelle en dehors de celles définies par l'expert orthopédique. Sur le plan neurologique, l'expert conclut que la capacité de travail est de 100% depuis la dernière décision du 21 juin 2013.

5.3.4 L'expert orthopédiste a quant à lui relevé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail suivants:

1. Séquelles de l'accident du 2 septembre 1987 avec fracture du fémur droit, fracture du plateau tibial droit avec lésion du ligament croisé postérieur, fracture bi-malléolaire de la cheville droite, fracture de la jambe gauche et fracture ilio-ischio-pubienne au niveau de la symphyse déclarée instable avec plusieurs traitements qui ont été effectués au niveau des membres inférieurs.
2. Status après spondylodèse C4/C5 en octobre 1996, puis micro-discectomie C5/C6 et cage en octobre 2009.
3. Lombalgies basses depuis octobre 2010, nécessitant trois interventions, la dernière le 30 janvier 2013, avec spondylodèse L4/L5, L5/S1 et ablation des vis cassées lors de l'intervention du 26 octobre 2011.

Dans ses observations, l'expert relève que l'assuré se plaint encore de lombalgies basses liées à un déconditionnement musculaire un peu global et qui ont été compliquées par les interventions digestives avec plusieurs hernies abdominales empêchant l'assuré de faire des exercices de force pour se remuscler au niveau du rachis. Il indique que l'assuré ne se plaint pas de douleurs cervicales, bien qu'il ait été opéré trois fois, et qu'il est limité pour les travaux lourds et les positions non ergonomiques. Concernant les séquelles de l'accident du 2 septembre 1987, le spécialiste constate qu'il reste actuellement surtout une instabilité du genou droit, qui est déclaré sensible par l'assuré. Il précise que les limitations du patient se situent essentiellement au niveau des douleurs lombaires, qui rendent encore insupportables les positions en flexion antérieure du rachis et le port de charges. Il considère que l'assuré est capable d'effectuer un travail sédentaire avec une place de travail ergonomique, qu'il peut rester assis pendant une heure, puis doit mobiliser son rachis pendant quelques minutes avant de reprendre une position assise, mais ne peut pas porter de charges de plus de 3 à 4 kg de manière itérative, ni effectuer de flexion antérieure du rachis lombaire ou cervical de manière itérative. Il déclare encore qu'il n'y a pas de problème au niveau des membres supérieurs, ni au niveau des membres inférieurs si la position est assise, et que les charges axiales doivent être limitées, de même que les positions statiques du rachis. L'expert estime que depuis la dernière décision du 21 juin 2013, la capacité de travail du recourant dans une activité en respectant le profil d'effort posé ci-dessus a été médico-théoriquement de 90% depuis janvier 2014, une année après la dernière opération lombaire du 30 janvier 2013, compte tenu d'une diminution de la performance de 10% en raison des pauses supplémentaires pour mobiliser le rachis pendant quelques minutes toutes les heures. Il relève ensuite que la capacité de travail était à nouveau de 90% trois mois après la dernière opération du genou droit du 18 décembre 2019, soit à partir du 18 mars 2020. Il indique encore que les activités exercées antérieurement par l'assuré de chauffeur-livreur et de chauffeur poids-lourds ne sont plus compatibles avec le profil d'effort, mais que par contre, l'activité dans la fabrication de couteaux exercée un certain temps semble compatible.

5.3.5 Dans leur évaluation médicale interdisciplinaire consensuelle, les experts résument l'histoire du patient et l'évolution de son état de santé. Ils opèrent ensuite une synthèse des constatations effectuées dans les différentes disciplines médicales examinées et énumèrent les diagnostics qui en découlent, tels que déjà relevés plus haut. D'un point de vue interdisciplinaire, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considérée comme légère en respectant le profil d'effort; du point de vue psychiatrique, les troubles sont considérés comme légers mais excluent spécifiquement un travail dans la sécurité; du point de vue orthopédique, le déficit actuel est classé comme léger en respectant le profil d'effort; du point de vue neurologique, la polyneuropathie constatée est déclarée comme n'ayant pas d'incidence significative, même si cela implique de prendre des précautions; du point de vue de la médecine interne, les troubles sont jugés légers. Pour parvenir à ces conclusions, les experts procèdent à une évaluation et à une synthèse minutieuses des ressources et de la cohérence dans chacune des disciplines médicales en présence. Ils parviennent en particulier à la conclusion qu'il n'y a pas d'autolimitation, d'exagération ou de simulation. S'agissant de la capacité de travail, les experts retiennent d'un point de vue interdisciplinaire 80% dans une activité respectant le profil d'effort établi par leurs soins. Pour ce faire, ils ont tenu compte, d'une part, d'une diminution de performance de 10% du point de vue orthopédique en raison de pauses supplémentaires nécessaires pour mobiliser le rachis, ainsi que, d'autre part, d'une diminution de performance actuelle de l'ordre de 20% du point de vue psychiatrique en raison de la consommation excessive d'alcool. Cela étant, ils justifient le fait de ne retenir qu'une diminution globale de la capacité de travail de l'ordre 20% (et non pas de 30%) par leur appréciation selon laquelle la limitation de 20% du point de vue psychiatrique pourrait être éliminée après deux mois de sevrage alcoolique complet.

5.3.6 Invités par l'Office AI Berne à prendre position face aux objections du mandataire du recourant à l'encontre de la préorientation du 27 février 2020, les experts se sont exprimés à cet égard le 10 juin 2020. Ils ont précisé qu'une consommation excessive d'alcool a été retenue par l'expert psychiatre sur la base des résultats de laboratoire disponibles au dossier et de ceux réalisés dans le cadre de l'expertise. Des taux supérieurs aux

normes, parlant en faveur d'une consommation peu de temps avant les prélèvements sanguins, ont été constatés, ainsi que des valeurs supérieures ou à la limite supérieure de la norme des volumes globulaires moyens, ce qui indiquait une consommation chronique. Ces résultats ont été discutés dans le cadre de l'évaluation consensuelle entre experts et notamment avec l'expert en médecine interne. Selon l'examen de ce dernier et l'analyse du dossier, les experts concluent qu'aucun élément ne permet de retenir une origine autre à ces taux sanguins. Les experts précisent que sur la base de ces éléments et de l'examen clinique de médecine interne, le diagnostic psychiatrique relatif à une consommation excessive d'alcool a été validé par l'ensemble des experts.

6.

6.1 Cela étant, on doit admettre la force probante formelle du rapport d'expertise du 13 février 2020. Il remplit en effet les conditions exigées par la jurisprudence à ce propos (voir c. 2.5 ci-dessus), fournissant les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant de l'atteinte à la santé et l'évolution de cette atteinte, ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Elaborée sur la base d'entretiens personnels avec l'assuré et de l'ensemble du dossier médical, qui est décrit chronologiquement en détail, l'expertise comporte des anamnèses précises et très détaillées. Les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. Les experts, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, ont également soigneusement consigné les plaintes subjectives de l'assuré, tout comme les constatations objectives découlant de leurs propres observations ainsi que leurs évaluations diagnostiques très détaillées. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Ces conclusions, tant sur le plan des diagnostics que de l'exigibilité d'une activité adaptée et de la capacité de travail, se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré par le biais tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés à l'anamnèse et des plaintes subjectives exprimées, et restituent de manière

claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. Les conclusions des experts sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles ont par ailleurs été élaborées à la lumière des critères de classification, des motifs d'exclusion et des indicateurs définis par la jurisprudence, applicables à l'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques (voir ci-dessus c. 2.2.3). L'exigence d'un sevrage à l'alcool dans le contexte de l'obligation de diminuer le dommage, au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2020 IV n° 11 c. 4.2.2), a été relevée par les experts, qui considèrent qu'un tel traitement ferait disparaître la diminution de rendement de 20% qu'ils ont retenue en raison de l'abus de la consommation d'alcool.

6.2 Le résultat auquel parvient l'expertise pluridisciplinaire, reprise à son compte par l'intimé, se défend également sous un angle juridique.

6.2.1 Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le TF a changé sa pratique concernant le droit à des prestations de l'AI en cas de toxicomanie. Jusqu'alors, selon une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle eût pris la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi, mais jouait un rôle dans l'AI lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui avait valeur de maladie (ATF 124 V 265 c. 3c; SVR 2016 IV n° 3 c. 2.2.1). Dans sa nouvelle jurisprudence, le TF parvient à la conclusion que sa pratique antérieure ne peut plus être maintenue, notamment à la suite d'un examen approfondi des connaissances médicales au regard desquelles une dépendance correspond clairement à un phénomène ayant caractère de maladie. Désormais, il s'impose dès lors, comme pour les autres troubles psychiques (à cet égard, ATF 141 V 281 précité), de clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par

des spécialistes influe sur la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 précité c. 5 à 7).

6.2.2 Dans le cas présent, l'expertise du 13 février 2020, en particulier son volet psychiatrique, s'avère conforme à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF. Quand bien même elle ne suit pas strictement la grille d'évaluation normative et structurée rappelée plus haut (c. 2.2), les réponses apportées par les experts aux questions de l'AI permettent d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. Ainsi, au premier niveau (motifs d'exclusion), il est fait état dans l'expertise de diagnostics médicaux clairs et détaillés, dont les conséquences sur la capacité de travail sont décrites avec précision; aucune exagération des symptômes ou manifestation analogue n'est observée chez le recourant. Les experts relèvent notamment que l'assuré, au contraire, ne se sent pas psychiquement malade à l'heure actuelle et tend à minimiser ses difficultés, sa consommation alcoolique, son impulsivité et son estime de soi déficiente. Concernant le deuxième niveau, les experts décrivent clairement l'intensité et le degré de gravité des diagnostics posés, ainsi que les restrictions de la capacité de travail du recourant qu'ils impliquent. Les ressources dont il dispose et les facteurs de surcharge qu'il subit sont clairement décrits en regard de chaque discipline médicale, de même que la cohérence, point sur lequel les experts relèvent expressément qu'il n'y a pas de divergence entre les symptômes décrits, le comportement de l'assuré en situation d'examen et l'examen clinique. S'agissant spécifiquement du point de vue psychiatrique, les experts déclarent que les troubles de la personnalité diagnostiqués n'ont pas en eux-mêmes d'effet incapacitant, mais que la capacité de travail du patient a discrètement diminué en raison d'une consommation excessive d'alcool qui est probablement présente depuis que la personne assurée a travaillé comme démarcheur dans les assurances, que cette diminution, de l'ordre de 20%, pourra être éliminée par un sevrage alcoolique complet et que la récupération sera probablement complète après deux mois de sevrage, l'exercice des activités de sécurité demeurant toutefois exclu à l'avenir.

6.3 Sur le vu de ce qui précède, il ressort des éléments précités qu'il existe une modification de la situation médicale depuis la décision du

21 juin 2013 ayant accordé une rente entière au recourant. On soulignera qu'il ne s'agit pas là seulement d'une appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, serait demeuré inchangé et qui, d'après la jurisprudence, n'appelle pas à une révision (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1), mais bel et bien d'une amélioration significative et durable de l'état de santé de l'assuré qui a entraîné une augmentation de sa capacité de travail. Sur la base des rapports médicaux résumés plus haut, on doit donc retenir qu'à la date de la décision ici contestée, rendue le 23 juin 2020, un motif de révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA existait. Sur ce point, on relèvera que les arguments du recourant et les documents médicaux produits à l'appui de son recours et de sa réplique du 21 octobre 2020 ne peuvent influencer en sa faveur sur l'issue du présent litige. En effet, les avis médicaux en question sont tous, soit antérieurs à l'expertise du 13 février 2020 et ont été recensés et pris en compte par les experts, soit concernent une évolution postérieure à la décision litigieuse du 23 juin 2020, qui ne peut dès lors influencer sur l'issue du litige (voir ATF 131 V 212 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1, TF 9C_442/2020 du 23 juin 2021 c. 2.2). Ils ne permettent par ailleurs pas de conclure à une incapacité de travail durable du recourant (susceptible d'ouvrir le droit à une rente) supérieure à celle à laquelle les experts ont conclu sur le plan orthopédique (diminution de rendement de 10%) – étant par ailleurs entendu que la diminution de rendement de 20% découlant sur le plan psychique d'une consommation excessive d'alcool peut, toujours d'après les experts, être éliminée après une abstinence médicalement contrôlée durant deux mois. On soulignera en particulier que le certificat médical du 29 avril 2020 du généraliste traitant atteste que l'état de santé actuel du recourant ne lui permet pas d'effectuer une activité professionnelle nécessitant une station debout prolongée, ni de fournir des efforts physiques, en particulier ceux de soulèvement de charges; il s'ensuit que cette attestation n'exclut nullement l'exercice de toute activité adaptée, telle que celles correspondant au profil d'effort exigible établi par les experts, qui tient justement compte de telles limitations (voir plus haut c. 5.3.4).

7.

Il s'agit ensuite d'examiner les conséquences juridiques de l'amélioration de l'état de santé du recourant.

7.1 Le revenu de l'activité raisonnablement exigible de l'assuré doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Le marché du travail équilibré se caractérise par un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et comprend un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b). Une absence d'activité lucrative pour des motifs étrangers à l'invalidité (tels qu'un âge avancé, un manque de formation ou des difficultés linguistiques) ne saurait justifier un droit à une rente. Ce dernier est en effet conditionné par l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé (ATF 107 V 17 c. 2c; VSI 1999 p. 246 c. 1).

7.2 D'après la jurisprudence constante du TF, il y a lieu de poursuivre le versement d'une rente qui doit être diminuée ou supprimée par voie de révision ou de reconsidération, lorsque les personnes assurées concernées en ont bénéficié pendant au moins 15 ans ou ont atteint l'âge de 55 ans, en dépit d'une capacité de travailler (à nouveau) attestée médicalement, jusqu'à ce que cette faculté potentielle théorique puisse à nouveau être utilisée grâce à une aide sous forme de mesures de réadaptation médicales et/ou socioprofessionnelles, car dans chaque cas particulier, il doit être établi que la capacité de gain (retrouvée) est (à nouveau) exploitable sur un marché équilibré du travail (ATF 145 V 209 c. 5.1, 141 V 5 c. 4.1; SVR 2019 IV n° 38 c. 5.2). Il faut toutefois retenir une exception à

cette inexigibilité (présumée) d'une réadaptation personnelle de la personne assurée notamment lorsque l'absence prolongée de celle-ci du marché du travail est due à des facteurs étrangers à l'invalidité, lorsque la personne assurée est particulièrement agile, adroite et intégrée dans la société, ou qu'elle dispose d'une formation et d'une expérience professionnelle éminemment étendues. Le fardeau de la preuve incombe à l'Office AI, qui doit établir que la personne concernée est à même de mettre à profit sa capacité de travail (à nouveau) attestée sur le plan médico-théorique en se réadaptant par ses propres moyens (ATF 145 V 209 c. 5.1).

7.3 En l'occurrence, le recourant a atteint l'âge de 55 ans juste avant que la décision litigieuse ne soit rendue. Il a aussi bénéficié d'une rente de l'AI pendant plus de 15 ans. En principe, il n'y a lieu de supprimer une telle rente d'invalidité qu'en usant de précautions particulières et en proposant des mesures de réadaptation professionnelle adaptées à la situation de la personne à laquelle on demande de recommencer à exercer une activité lucrative (voir ci-dessus c. 7.2). Pour autant, au vu du curriculum vitae qu'il a lui-même établi en juin 2019 et qui figure au dossier, on constate que le recourant, tout au long de sa carrière professionnelle, a fait preuve de polyvalence et exercé diverses activités dans des domaines variés, aussi après avoir bénéficié du reclassement professionnel effectué après son accident du 2 septembre 1987, qui lui a permis d'obtenir un CFC et d'exercer une fonction d'inspecteur d'assurances. Il faut aussi relever qu'il a encore trouvé plusieurs autres emplois pendant la période pour laquelle une rente entière lui a été allouée, ayant travaillé jusqu'en 2010 dans la logistique, la gestion de stocks, l'organisation et la livraison pour une boutique de mode, de 2011 à 2013 en tant que chauffeur-livreur pour une entreprise de mazout et de 2016 à 2017 dans la logistique d'une entreprise horlogère. Par ailleurs, au vu du dossier, des mesures de réadaptation professionnelle ont été proposées au recourant à plusieurs reprises, notamment un jobcoaching du 14 juin au 13 septembre 2019. Il s'ensuit que, selon un degré de vraisemblance prépondérante (degré d'appréciation de l'état de fait généralement déterminant en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2), compte tenu des différentes places de travail qu'il a occupées par le passé, il n'y a pas lieu de conclure que le recourant, à

l'issue de la présente procédure, ne soit pas en mesure de retrouver, sur un marché équilibré du travail, un emploi correspondant au profil d'effort exigible, tel que défini par l'expertise médicale pluridisciplinaire du 13 février 2020.

8.

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

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

Pour déterminer le droit à la rente du recourant, il s'agit donc de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b). 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 (ATF 143 V 295 c. 4.3.1, 129 V 222).

8.2 En l'espèce, l'Office AI Berne s'est fondé, tant pour le revenu sans invalidité que pour celui avec handicap, sur deux mêmes bases statistiques (en les indexant à 2019) publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2016 et reflétant la valeur centrale des salaires versés aux hommes pour des tâches pratiques telles que la vente, les tâches administratives, l'utilisation de machines ou la conduite de véhicules (niveau de compétence 2) dans le commerce de gros ainsi que le commerce et la réparation d'automobiles. Ce choix de bases statistiques pour les deux revenus de la comparaison se justifie pleinement, puisque d'après les extraits de son compte individuel de

cotisations sociales (CI) figurant au dossier, il apparaît que les cotisations versées par le recourant à l'AVS/AI en fonction d'une activité lucrative ont toujours été très peu élevées et très fluctuantes. Ces faibles cotisations remontent en outre à de nombreuses années. Par conséquent, 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 donc pas s'appliquer en l'espèce (ATF 144 I 103 c. 5.3 et références). En outre, depuis la survenance de l'incapacité de travail, le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative régulière durable à plein temps; l'ESS est également communément utilisée dans ce contexte (ATF 143 V 295 c. 2.2 et références). Quant au salaire statistique retenu par l'intimé, il ne peut être critiqué et n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant.

8.3 Lorsque les revenus de valide et d'invalides 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, c'est à bon droit que l'intimé a conclu à un degré d'invalidité de 10%, le recourant étant considéré en mesure d'exercer à plein temps avec une limitation de rendement de 10% une activité lucrative tenant compte des limitations énumérées dans le profil d'exigibilité établi dans le rapport d'expertise du 13 février 2020, résultant de son atteinte à la santé somatique, dans la mesure où il est exigible de sa part d'effectuer un sevrage à l'alcool afin de pallier à la diminution de rendement de 20% résultant de cette addiction. Au demeurant, on soulignera encore que même en tenant compte de la diminution de rendement supplémentaire en question, la limite inférieure de 40% du degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente (voir ci-dessus c. 2.3) ne serait pas atteinte en l'occurrence.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, c'est dès lors à bon droit que l'intimé a prononcé la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision contestée (art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI), soit au 1^{er} août 2020. Le recours est mal fondé et doit être rejeté.

9.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

9.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais de justice.

9.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 111 al. 1 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

9.3.2 Au vu des pièces produites à l'appui de sa requête, la condition financière est manifestement remplie, le recourant bénéficiant de prestations d'aide sociale (ATF 128 I 225 c. 2.5.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure, qui sont provisoirement supportés par le canton.

9.3.3 Le recourant doit toutefois être rendu attentif à son obligation de remboursement envers le canton s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, est admise.
3. 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.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à B. _____ SA,
 - à C. _____.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).