

200.2020.686.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 3 mai 2021

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 5 août 2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1978, célibataire sans enfant, a obtenu la nationalité suisse en 2008 et exercé en dernier lieu la profession de polisseur industriel (pour laquelle il dispose d'une attestation de formation d'un centre d'intégration professionnelle). Il a par la suite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage, avant d'obtenir le soutien des services sociaux. Par demande du 8/22 janvier 2014 (reçue le 27 janvier 2014 par l'Office AI Berne), l'intéressé, agissant par le service social de sa commune de domicile, a requis des prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant une infirmité congénitale, précisant souffrir depuis fin 2012 d'un genou et présenter des problèmes pour rester assis ou debout sans subir de fatigue, de même que des maux de dos et des difficultés pour marcher.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce le 21 février 2014, d'abord sous la forme d'un cursus sportif puis, après avoir requis des rapports du médecin (interniste) traitant et d'une clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique/traumatologie, sous la forme d'une aide au placement, le 28 février 2014. L'Office AI Berne a ensuite obtenu des informations du service social ainsi que du dernier employeur, après quoi il a alloué une mesure de réentraînement au travail du 5 mai au 2 novembre 2014 auprès d'un centre de formation, par communication du 5 mai 2014. L'Office AI Berne, suite à une sommation adressée à l'assuré (demande de réduire le dommage) et la confirmation du droit à une aide au placement les 28 mai et 8 décembre 2014, a mis fin à la mesure précitée par décision du 15 mars 2016, confirmant une préorientation identique du 2 février 2016. Après avoir complété le dossier médical par de nouveaux rapports de la clinique universitaire et en suivant l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est déterminé le 15 avril 2015, l'Office AI Berne a mis en

œuvre une expertise auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en médecine physique et de réhabilitation, qui a délivré ses conclusions le 22 juillet 2016. Sur cette base et par communication du 12 août 2016, l'Office AI Berne a octroyé des moyens auxiliaires à l'assuré. Suite à un complément d'expertise qui lui est parvenu le 26 octobre 2016, l'Office AI Berne a, par décision du 28 février 2017, alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2014, nonobstant les objections formulées par celui-ci le 17 janvier 2017 contre la préorientation du 30 octobre 2016. Par communication du 20 novembre 2018, confirmant une préorientation identique du 11 octobre 2018, l'Office AI Berne a encore refusé d'octroyer des moyens auxiliaires supplémentaires.

C.

Le 1^{er} mai 2019, l'Office AI Berne a entrepris une révision d'office du droit de l'assuré aux prestations de l'AI et requis des renseignements de sa part, de même que de son médecin traitant. Par demande du 11 novembre 2019 (reçu le lendemain par l'Office AI Berne), l'assuré a quant à lui requis l'octroi d'une allocation pour impotent, en se prévalant d'une atteinte à la jambe droite due à une poliomyélite présente depuis l'enfance. L'Office AI Berne a alors sollicité le SMR, qui a pris position le 27 novembre 2019. En suivant l'avis de ce service, l'Office AI Berne a ensuite diligenté une nouvelle expertise auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que de la colonne vertébrale, qui a délivré ses conclusions le 16 janvier 2020. En se fondant sur ces dernières, l'Office AI Berne a fait savoir, dans une préorientation du 27 février 2020, qu'il envisageait de supprimer le droit à la rente. S'agissant de la demande d'allocation pour impotent, il a encore organisé une enquête y relative, dont les résultats ont été retranscrits dans un rapport du 30 mars 2020. Du fait d'objections formulées par l'assuré, représenté par un spécialiste en assurances sociales, contre l'acte précité, l'Office AI Berne a sollicité une nouvelle fois le SMR, qui a rédigé de nouveaux rapports le 10 juillet 2020. Par décision du 5 août 2020, il a alors supprimé la rente d'invalidité pour la fin du mois suivant la date de ce prononcé.

D.

Par mémoire du 10 septembre 2020, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en retenant les conclusions suivantes:

"1. Annuler la décision du 5 août 2020 de [l'intimé];

Principalement:

2. Accorder [au recourant] les prestations auxquelles il a droit, à savoir les prestations de [l'AI] au maintien de la demi-rente précédemment accordée, voire une rente entière dans l'éventualité où l'aggravation de l'état de santé serait admise;

Subsidiairement:

3. Renvoyer le dossier à [l'intimé] pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants;

En tout état de cause:

4. Accorder [au recourant] le bénéfice de l'assistance judiciaire et partant, le dispenser de l'avance de frais;

5. Statuer sur les frais et les dépens."

Dans sa réponse du 9 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision du 5 août 2020 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité à compter de la fin du mois qui suit la notification de cet acte (soit au 1^{er} octobre 2020, voir art. 88^{bis} al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur le maintien du droit à la demi-rente, voire sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par le recourant l'instruction de l'intimé, jugée insuffisante en tant

que celui-ci n'a pas soumis ses objections du 16 avril 2020 (critiquant les conclusions de l'expertise de 2020) à l'expert consulté en dernier lieu, ni examiné la problématique liée à l'obésité morbide.

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, représentée par un mandataire dûment constitué, 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]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

1.4 Le 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 jusqu'au 31 décembre 2020, applicable au présent recours qui était pendant devant le TA à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2021, de la modification du 21 juin 2019 de la LPGA; voir art. 83 LPGA: disposition transitoire de la modification du 21 juin 2019). 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 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.3

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

application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1).

2.3.2 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).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision attaquée et dans sa réponse, l'intimé a retenu que l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré et que ce dernier était en

mesure d'assumer une activité en position assise à plein temps, sans diminution de rendement. L'intimé a ensuite déterminé le taux d'invalidité en comparant le revenu que le recourant pourrait percevoir dans une activité adaptée (calculé sur la base de données statistiques, après avoir adapté le montant obtenu à la durée normale du travail dans les entreprises puis indexé ces chiffres à l'année 2019 et en tenant aussi compte d'un abattement de 15%, du fait que les domaines d'activité possibles sont réduits en raison de l'atteinte à la santé) avec celui qu'il aurait obtenu sans invalidité, en tant que polisseur (également établi sur une base statistique et après indexation à l'année 2019 puis adaptation à un horaire usuel de travail dans la branche). L'intimé est alors parvenu à un degré d'invalidité de 16%, insuffisant pour confirmer l'existence d'un droit à une rente. L'intimé a ajouté, en renvoyant au rapport du SMR du 10 juillet 2020 (réputé partie intégrante de la décision), que l'amélioration de l'état de santé avait été attestée par le spécialiste de ce service en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, qui s'était lui-même basé sur l'expertise de 2020 et avait répété qu'une réduction des douleurs au genou et au pied pouvait être admise. L'intimé a de plus souligné que le recourant ne prenait un antalgique que depuis peu et pour des douleurs à l'épaule, qu'il n'avait plus consulté depuis fin 2014 et qu'il était apte à se déplacer seul, sans béquilles ni chaussures orthopédiques, de même qu'à vélo. Enfin, l'intimé a précisé que l'obésité morbide n'était pas invalidante, n'entravant pas l'exercice d'une activité en position assise et n'exigeant dès lors aucune investigation complémentaire.

3.2 Dans son recours, l'intéressé a d'abord fait savoir qu'il ne remettait pas en question l'abattement admis par l'intimé. Il a par ailleurs déclaré que la conclusion de celui-ci, d'après laquelle la situation médicale se serait améliorée, reposait sur une instruction lacunaire. Il a premièrement relevé que l'intimé avait en effet renoncé à un complément d'instruction auprès du second expert consulté, alors qu'il s'était pourtant écarté de la première expertise, qui était quant à elle concluante. Le recourant a concédé qu'il n'avait peut-être pas subi l'aggravation qu'il avait rapportée (toutefois confirmée par son médecin traitant, qui avait reconnu qu'il était fortement limité) mais a néanmoins précisé que, quoi qu'il en soit, son état ne pouvait s'être amélioré par rapport à celui mis en relief dans le contexte de la

première expertise, contrairement à ce qu'avait retenu contre toute attente le second expert consulté. Le recourant a aussi critiqué le fait que l'intimé n'a pas soumis le contenu de ses objections du 16 avril 2020 à cet expert (ce du reste uniquement pour des raisons de coûts et aucunement pour des motifs d'ordre médical) alors qu'il avait initialement jugé qu'une telle détermination de la part de l'expert était nécessaire. Dans ces circonstances, le recourant a conclu que l'avis du SMR (qui ne l'a du reste pas examiné) était insuffisant. Le recourant a encore reproché à l'intimé d'avoir omis d'instruire la problématique de l'obésité morbide. Il a souligné à ce propos que l'expert n'en avait aucunement tenu compte dans son rapport du 16 janvier 2020 et cela pour des raisons administratives seulement (relatives au cadre de l'expertise). Il a toutefois mentionné que l'intimé se devait pourtant d'instruire cette problématique.

4.

Le dossier permet de constater les faits médicaux suivants.

4.1 L'intimé a basé sa décision du 28 février 2017 sur les éléments médicaux principaux suivants.

4.1.1 Le médecin (interniste) traitant a rédigé un rapport à l'intention de l'intimé le 18 février 2014 et y a posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) d'atrophie sévère du membre inférieur droit depuis l'âge de 2 ans (voir également le rapport du 20 mai 2011, évoquant une paralysie presque complète de la jambe excluant tout travail en position debout; dossier [dos.] AI 4/1). Il a expliqué que son patient présentait un raccourcissement de la jambe, une atrophie musculaire ainsi qu'une position de pied bot équin à droite et qu'il se plaignait d'un fort handicap à la marche. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a indiqué qu'une activité uniquement en position assise était possible à 50% (4 heures/jour) mais que les travaux exercés seulement debout ou dans différentes positions, en marchant, nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, impliquant des rotations en position debout ainsi que de devoir monter sur une échelle/un échafaudage ou utiliser des escaliers étaient exclus, tout comme le port et soulèvement de charges.

4.1.2 Le 13 septembre 2012, une clinique universitaire pour la chirurgie orthopédique et la traumatologie a retenu les diagnostics (principaux) de difformité du membre inférieur droit consécutive à une poliomyélite, avec suspicion d'instabilité de la rotule sur dysplasie de la trochlée, de même que de pied bot équin, ainsi que le diagnostic (secondaire) de status après un repositionnement ouvert et une ostéosynthèse d'une fracture de l'avant-bras gauche. Des douleurs persistantes (mais légères) au genou et une restriction importante du fait du membre inférieur droit ont été rapportées (une différence de longueur des jambes de 3 cm et une obliquité pelvienne ayant aussi été évoquées), la démarche de l'intéressé étant claudicante et la musculature de la jambe atrophiée. Le 11 octobre 2012, il a été précisé que le premier problème du patient résidait dans l'instabilité de la rotule, si bien qu'une opération a été discutée à cet effet. Des chaussures spéciales ont en outre été conseillées, s'agissant du pied bot équin. Le 29 janvier 2013, la clinique a répété ses diagnostics, en confirmant toutefois la présence d'une instabilité de la rotule. Elle a mentionné une intervention réalisée le 23 janvier 2013 (arthroscopie du genou droit, distalisation et ostéotomie de dérotation du tibia; voir dos. AI 55/2) et fait part d'une évolution postopératoire satisfaisante. Dans un document du 2 avril 2013, après avoir posé le diagnostic d'état consécutif à l'intervention du 23 janvier 2013, la clinique a signalé que le recourant était très satisfait du résultat obtenu (sa mobilité et sa capacité de marche s'étant améliorées). Elle a cependant nié une capacité de travail en position debout/assis et fait part de fortes douleurs à la marche (sans béquilles), attestant une incapacité de travail à 100% pour encore six semaines. Elle n'a évoqué une disparition des douleurs que dans un rapport du 15 mai 2013, dans lequel elle a souligné que le recourant présentait une faiblesse de la musculature de la jambe droite et un manque de contrôle à la marche (rouler à vélo étant toutefois possible). Le 5 juillet 2013, elle a encore confirmé l'évolution satisfaisante, s'agissant du genou mais souligné que des béquilles devaient encore être utilisées. Dans un rapport du 11 septembre 2013, dans lequel elle a répété ses diagnostics de pied bot équin consécutif à une poliomyélite, de raccourcissement de la jambe droite, ainsi que d'état consécutif à l'opération du 23 janvier 2013, la clinique a aussi mentionné que le recourant souhaitait d'abord perdre du poids et attendre l'évolution (avant d'envisager une nouvelle opération et l'utilisation de chaussures

spéciales), la marche claudicante n'étant pas gênante et la thématique concernant le pied n'étant pas un problème. Le 10 avril 2014, en évoquant la mise en place d'entraînements de fitness et de natation, ainsi que d'une physiothérapie, la clinique a retenu le diagnostic de déficit d'extension 14 mois après un réalignement patellaire par distalisation de la tubérosité et ostéotomie de rotation, en relayant que le recourant éprouvait des difficultés à l'extension, surtout en cas de fatigue. Enfin, le 13 novembre 2014, seuls des troubles résiduels ont été signalés (surtout après l'effort), aucun sentiment d'instabilité n'étant plus rapporté. Aucune mesure n'a été recommandée mais, du fait de la persistance de troubles dans la région du pied et du genou droit, empêchant une augmentation du taux d'activité au-delà de 70%, une expertise a été conseillée.

4.1.3 Dans un rapport d'un médecin (interniste) du SMR, du 15 avril 2016, les diagnostics d'état consécutif à une poliomyélite dans la petite enfance avec difformité du membre inférieur droit avec instabilité de la rotule et dysplasie trochléenne, d'hypertension artérielle, ainsi que d'état consécutif à un repositionnement ouvert et à une ostéosynthèse d'une fracture de l'avant-bras gauche ont été posés. Ce médecin a écrit que le recourant souffrait de douleurs au genou et de dorsalgies, à chaque fois qu'il restait assis/debout longtemps. Il a préconisé la réalisation d'une expertise orthopédique.

4.1.4 Dans son rapport d'expertise du 22 juillet 2016, un spécialiste en chirurgie orthopédique/traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et de réhabilitation a retenu les diagnostics (impactant la capacité de travail) de douleurs sur l'avant du genou droit (ch. M25.56 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé) avec/sur état consécutif à une poliomyélite du membre inférieur droit (dès 1980; ch. B91 CIM-10) avec atrophie de ce dernier, instabilité de la rotule et dysplasie trochléenne (en 2012; ch. M22.1 CIM-10), arthroscopie du genou, distalisation de la rotule et ostéotomie de dérotation du tibia (en 2013), ainsi que pied bot équin creux, de même que de douleurs chroniques à la fesse droite dépendante de l'effort (surtout syndrome post-polio; dès 2013; ch. G14 CIM-10) et de métatarsalgie chronique de l'avant-

pied droit (depuis 2016; ch. M77.4 CIM-10), avec un état consécutif à une ostéotomie de dérotation du tibia sur pied bot équin creux (en 2013). L'expert a indiqué qu'en plus de douleurs au genou et à l'avant-pied, le recourant souffrait d'une rapide sensation d'épuisement de la musculature de la cuisse et des fesses à droite. Il a ajouté que toutes les douleurs étaient en lien avec des états consécutifs à une poliomyélite et qu'un syndrome post-polio était suspecté. Il a déclaré à ce propos qu'on pouvait constater des points gâchettes myofasciaux dans la partie supérieure du muscle grand glutéal droit et que les phases de récupération étaient toujours plus longues. Il a précisé que le recourant ne devait pas surcharger de façon répétée sa musculature résiduelle du bassin et de la cuisse. Partant, il a écrit que les longues distances de marche n'étaient plus possibles, de même que les longues périodes assises, évaluant la capacité de travail à 50% à la demi-journée dans une activité (assise) adaptée. Après avoir indiqué que l'opération de 2013 avait fait suite à une aggravation de l'ensemble de la fonction de la jambe droite (avec nouvelle apparition d'un déficit d'extension et de surcharge patellaire médiale ainsi que de l'avant-pied, de même que de douleurs sur l'avant du genou), l'expert a exclu toute amélioration importante du fonctionnement de l'articulation du genou et déconseillé une correction de l'axe du pied (le pied bot compensant la différence de longueur de la jambe), recommandant plutôt l'utilisation d'une chaussure adéquate et relevant que le déficit du membre inférieur droit était localisé mais prononcé et grave. L'expert a aussi signalé l'existence d'une certaine tristesse, sans signe d'humeur dépressive. Dans un complément daté d'octobre 2016, l'expert a encore souligné qu'une pleine capacité de travail n'avait probablement été retrouvée qu'un an après l'opération du 23 janvier 2013 (et pas, comme généralement, trois mois après une telle intervention), en raison de la complication liée à celle-ci, qui a justifié l'utilisation de béquilles. Enfin, il a ajouté que son profil d'exigibilité (correspondant à celui du médecin traitant) était valable dès le 18 juillet 2016.

4.2 La décision contestée du 5 août 2020 a été prise après que l'intimé a recueilli les pièces médicales suivantes.

4.2.1 Le médecin traitant a rempli un questionnaire à l'intention de l'intimé le 3 juillet 2019 et signalé une aggravation de l'état de santé, en indiquant qu'il n'y avait pas de modification au niveau des diagnostics, mais que son patient se plaignait d'une aggravation des douleurs au niveau de la jambe et d'une forte limitation de la capacité de marcher. Evoquant une prothèse qui n'aurait pas conduit à un résultat satisfaisant, le médecin a encore indiqué que le recourant avait désormais besoin d'une aide pour accomplir son ménage.

4.2.2 Le 30 août 2019, le médecin traitant a encore mentionné que le recourant n'avait pas besoin de l'aide d'un tiers pour se mouvoir ou pour accomplir les actes ordinaires de la vie (s'habiller/se déshabiller, se lever, s'asseoir, se coucher, se déplacer, manger, faire sa toilette, structurer sa journée, faire le ménage, accomplir des activités administratives simples, rencontrer des tiers, etc.). Il a aussi écrit que des examens supplémentaires n'étaient pas nécessaires.

4.2.3 Par écrit du 27 novembre 2019, le SMR a retenu qu'une aggravation de l'état de santé était possible, dès lors que le recourant se plaignait de ne pouvoir marcher que difficilement et en boitant passablement, de ne plus pouvoir rester longtemps assis du fait de douleurs permanentes au genou, éprouver des difficultés à attacher ses souliers et ressentir des douleurs au dos. Ce service a toutefois ajouté que le dossier médical ne permettait pas de s'en assurer, puisque le médecin traitant avait confirmé une telle aggravation le 3 juillet 2019, en soulignant que son patient avait besoin de l'aide d'un tiers, puis ensuite nié une telle nécessité, dans un écrit du 30 août 2019. Le SMR a dès lors conseillé de recueillir une nouvelle fois l'avis de l'expert précité, afin d'obtenir un rapport au sujet de l'évolution de la situation (voir aussi dos. AI 121).

4.2.4 Le 16 janvier 2020, un expert spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que de la colonne vertébrale a posé les diagnostics de status post poliomyélite du membre inférieur droit, pied bot varus équin poliomyélitique droit, de status post instabilité de la rotule et dysplasie de la trochlée à droite, de status post arthroscopie du genou, distalisation rotulienne ostéotomie de rotation de la jambe droite (en 2013), de status post refus de prise en charge par l'assuré

de son pied bot varus équin poliomyélitique, de status post déficit d'extension du genou droit, de status post traitement physio-thérapeutique du déficit d'extension du genou droit, de status post fracture de l'avant-bras gauche et de status post reposition de l'ostéosynthèse de la fracture de l'avant-bras gauche. Ce second expert a indiqué que les gonalgies et métatarsalgies énoncées dans l'expertise de 2016 n'étaient pas des diagnostics mais de simples plaintes du recourant. Il a en outre relevé que le syndrome post-poliomyélite n'était pas retrouvé au cours de son examen. Le second expert a aussi rapporté que le recourant prenait un antalgique pour des douleurs (récentes) à l'épaule et non pour sa jambe et qu'il n'était plus suivi médicalement depuis novembre 2014. Il a retenu qu'il n'existait aucune aggravation de l'état de santé par rapport à l'examen de 2016, le recourant étant apte à se déplacer seul (sans béquilles ni chaussures orthopédiques, l'utilisation de ces dernières ayant été refusée jusqu'ici par le recourant), à circuler à vélo, ainsi qu'à effectuer ses soins corporels. De plus, il a signalé une nette amélioration de l'état de santé, marquée par une quasi disparition des gonalgies et métatarsalgies, la fonction fémoro-patellaire étant aussi clairement améliorée. Le second expert a encore relaté que le problème principal consistait dans l'obésité morbide du recourant (IMC de 42,9), dont le diagnostic n'était toutefois pas posé du fait du caractère assécurologique de l'expertise, l'intéressé présentant également une forte dyspnée limitant la marche. Partant, l'expert a conclu que le recourant présentait une capacité de travail totale dans sa profession habituelle ainsi que pour tout emploi adapté aux limitations fonctionnelles liées au status post poliomyélite antérieure aiguë du membre inférieur et de pied bot varus équin (soit une activité strictement sédentaire) et ce sans diminution de rendement.

4.2.5 Une spécialiste des enquêtes de l'intimé a rendu un rapport d'enquête pour l'allocation d'impotence le 30 mars 2020 et y a notamment évoqué que le recourant, qui bénéficiait de cannes et d'une prothèse pour la jambe droite, n'avait ni besoin de soins permanents, ni de la surveillance d'un tiers. Elle a ajouté que l'intéressé n'avait besoin d'aucune aide pour se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et établir des contacts. Elle a cependant signalé que la marche était limitée à 10 m, l'usage de cannes étant requises au-

delà de cette distance. Elle a aussi déclaré que le recourant se déplaçait à l'extérieur en vélo électrique ou en bus. Enfin, la spécialiste a indiqué que l'intéressé bénéficiait d'une aide-ménagère à raison de 2 à 3 heures par semaine (pour le nettoyage de l'appartement et la lessive) et qu'un ami s'occupait des commissions lourdes ainsi que du transport des déchets et sacs-poubelles. Dans ses conclusions, elle a retenu que les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent n'étaient pas remplies.

4.2.6 Un spécialiste en chirurgie orthopédique/traumatologie de l'appareil locomoteur du SMR s'est prononcé le 10 juillet 2020 et a déclaré que les douleurs au genou et au pied s'étaient nettement améliorées, surtout la symptomatique fémoro-patellaire, si bien qu'une activité assise était exigible durant une journée entière sans restriction. Le spécialiste a toutefois relevé que l'adiposité avait fortement augmentée et qu'elle constituait le motif pour lequel la marche était limitée. Il a ajouté que cette problématique n'avait pas été prise en compte dans l'expertise de 2016 (alors que des replis adipeux compromettaient notamment l'équilibre de la colonne vertébrale à la marche) mais qu'en tous les cas, cet élément ne remettait pas en cause l'exigibilité d'une activité en position assise.

5.

Se pose la question de la force probante de l'expertise du 16 janvier 2020.

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 D'un point de vue formel, l'expertise de 2020 répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Le second expert, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, a procédé à un examen personnel du recourant, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) ainsi que les documents produits. Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier (dos. AI 131.1/3, 131.1/13 et 131.1/29). Les conclusions de l'expert 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

5.3.1 Sur le plan matériel, le raisonnement du second expert s'avère cohérent, en tant que ce dernier a indiqué qu'il pouvait confirmer la présence de séquelles d'une poliomyélite antérieure aiguë au membre inférieur droit (dont une ankylose de la cheville droite avec un pied bot varus équin fixe, voir dos. AI 131.1/28) et dans la mesure où il a encore expliqué que les douleurs du recourant (soit dans le bas du dos, voir dos. AI 131.1/14) étaient liées à une surcharge mécanique de l'articulation sacro-iliaque, aucune symptomatologie neuro-orthopédique n'ayant du reste été mise en relief. En effet, ce résultat a été exposé après un examen approfondi du rachis lombaire ainsi que de l'articulation sacro-iliaque (notamment par des mensurations, des tests musculaires et des recherches de complications veineuses) mais aussi au niveau des genoux, des pieds et des chevilles. Par ailleurs, la conclusion du second expert, qui a exclu toute aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à l'expertise de 2016 et même signalé qu'une amélioration devait être reconnue (voir dos. AI 131.1/30 s.), est également convaincante. En effet, premièrement, cet expert n'a plus fait mention des glutéalgies (à l'inverse du premier expert, qui avait expliqué celles-ci par une forte sollicitation des extenseurs de la hanche et le développement de points gâchettes myofasciaux, aucunement signalés dans le rapport d'expertise de 2020, voir dos. AI 129/68 et 129/73). Au contraire, le second expert a indiqué que, du côté droit de la hanche, les muscles fessiers développaient une

force efficace (permettant de maintenir la marche autour du pivot fixe du membre inférieur droit), seul le quadriceps fémoral présentant des difficultés à maintenir l'effort (dos. AI 131.1/21). En outre, le second expert a ajouté de façon compréhensible que la présence d'un syndrome fémoro-patellaire devait être nié et que les seules plaintes annoncées en relation avec son genou droit (stable du point de vue ligamentaire) étaient plus que modestes selon le recourant (dos. AI 131.1/23; voir aussi 131.1/23 et 131.1/37, où sont uniquement évoquées des douleurs "modestes" en position assise, respectivement une "jambe faible"), le recourant ne prenant du reste aucun antalgique pour cette articulation (voir dos. AI 131.1/30 in fine). De surcroît, le second expert a relaté que les articulations des chevilles et des pieds étaient indolores (contrairement à ce qui avait été retenu dans le rapport d'expertise du 22 juillet 2016, qui évoquait une métatarsalgie latérale de l'avant-pied droit; dos. AI 129/73).

5.3.2 Il n'en demeure toutefois pas moins, ainsi que le recourant l'a fait valoir à juste titre (voir p. 9 du recours), que le second expert n'a pas intégré la problématique ayant trait à l'obésité, dans son appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du recourant. En effet, dans son rapport du 16 janvier 2020, alors qu'il a d'emblée souligné que l'obésité majeure du recourant était frappante, le second expert a signalé que le diagnostic d'obésité morbide (l'intéressé accusant selon lui 134,6 kg pour 1,77 m, ce qui conduit à un IMC de 42,96) n'était pas retenu en raison du cadre asséculogique imposé à son expertise (dos. AI 131.1/31 et 131.1/45 s.). Ce faisant, le second expert a d'emblée exclu toute discussion des éventuelles limitations fonctionnelles déduites de cette problématique. Il a toutefois expressément insisté sur le fait que l'obésité était accompagnée d'une dyspnée majeure survenant au moindre effort (très mal tolérée en position couchée, ayant justifié de nombreuses pauses au cours de l'examen et en partie responsable d'une limitation à 10 m du périmètre de marche selon le recourant, de même que d'une restriction pour l'utilisation d'escaliers; dos. AI 131.1/14, 131.1/18, 131.1/34 et 131.1/52 s.). En outre, le second expert a admis que l'obésité contribuait aussi à la perte de l'équilibre du rachis dans le plan sagittal et à la surcharge mécanique de l'articulation sacro-iliaque (dos. AI 131.1/17 s., voir aussi dos. AI 131.1/44 s.). De surcroît, l'exclusion de cet aspect par

l'expert a pour conséquence que les causes de l'obésité ainsi que les possibles interactions entre celle-ci et les troubles de l'appareil locomoteur n'ont pas fait l'objet d'une discussion. Or, s'il est vrai que l'obésité n'est en soi pas constitutive d'invalidité, elle doit toutefois être admise, d'après la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (voir arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_658/2020 du 5 février 2021 c. 4.1, 9C_49/2019 du 3 mai 2019 c. 5.3, 8C_663/2017 du 12 décembre 2017 c. 3.2, 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 c. 2.3). Au cas particulier, l'expertise de 2020 ne permet aucunement de déterminer si la surcharge pondérale a pu provoquer ou à tout le moins aggraver les douleurs du recourant ou si l'obésité peut elle-même être la conséquence d'un trouble de la santé, puisque l'expert ne s'est pas prononcé plus avant à cet égard. Cette démarche est d'ailleurs d'autant plus critiquable que l'ampleur de l'obésité du recourant n'est pas clairement établie, l'expertise de 2016 évoquant en effet que l'intéressé mesure 1,88 m alors que celle de 2020 fait état d'une taille de 1,77 m. Enfin, il convient encore de relever qu'en tant que l'intimé a repris l'avis du spécialiste en orthopédie et en traumatologie du SMR (par renvoi, dans sa décision, au rapport de ce service du 10 juillet 2020), selon lequel l'obésité ne remet de toute manière pas en cause l'exigibilité d'une activité en position assise, celui-ci s'est écarté de l'expertise de 2020, qui ne fait aucunement état d'une telle conclusion.

6.

Par conséquent, au vu de ce qui précède, il apparaît que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur l'expertise réalisée en 2020 pour prononcer la décision attaquée et qu'il se devait d'instruire davantage la question de l'ampleur exacte des causes et des conséquences de l'obésité sur la capacité de travail du recourant. Faute d'avoir agi en ce sens, l'intimé a donc fondé sa décision sur un état de fait médical insuffisamment éclairci et a, partant, violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu (art. 43 al. 1 LPG). Il convient dès lors d'annuler la décision entreprise du 5 août 2020 et de

renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, à savoir pour la mise en œuvre (éventuellement après une actualisation des rapports du médecin traitant) d'une instruction médicale globale, par la mise sur pied d'une expertise investiguant l'ampleur ainsi que les causes de l'obésité, de même que les éventuelles limitations fonctionnelles découlant de cette dernière, en tenant notamment compte de l'influence de cette problématique sur les atteintes affectant le membre inférieur du recourant. Ce faisant, point n'est encore besoin de trancher la question de savoir si l'intimé était fondé à renoncer à transmettre les objections du recourant du 16 avril 2020 au second expert consulté (voir p. 8 du recours).

7.

7.1 En conclusion, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure devant le TA, 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 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA, dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 19 novembre 2019 qui ne prête pas à discussion compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à un montant de Fr. 1'293.70 (honoraires: Fr. 1'144.-, débours: Fr. 57.20 et TVA: Fr. 92.50 [taux de 7.7%]; le tarif

horaire de Fr. 130.- est appliqué en cas de représentation par un organisme reconnu d'utilité publique [voir la Circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site internet du TA: www.justice.be.ch/ta → Téléchargements & publications]).

7.4 Vu l'issue de la procédure, la demande d'assistance judiciaire devient sans objet et doit être rayée du rôle.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'293.70 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:
e.r. C. Meyrat Neuhaus, juge

Le greffier:
e.r. C. Jeanmonod, greffière

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).