

200.2020.797.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 21 septembre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, 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 16 octobre 2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1958, marié et père de trois enfants (une fille, avec qui il n'a plus de contact, est issue d'un premier mariage), est entré en Suisse en 2006 et a exercé en dernier lieu la profession d'aide-paysagiste à 100% (sans formation certifiée) depuis le 1^{er} mars 2008. Le 21 janvier 2011, il a glissé sur une plaque de glace en déblayant de la neige et s'est fracturé le poignet droit. En état d'incapacité de travail médicalement attestée depuis lors, il a perçu des indemnités journalières de l'assurance-accidents, avant de déposer une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), par un formulaire du 6 septembre 2011 (reçu le lendemain par l'Office AI Berne). Il a invoqué souffrir d'une fracture au poignet droit depuis le 21 janvier 2011.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis le dossier de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Suva), de même qu'un rapport médical du médecin traitant et d'un spécialiste en orthopédie et traumatologie ayant opéré l'assuré. Il a aussi sollicité des informations du dernier employeur. Après avoir nié un droit à des mesures professionnelles par une communication du 23 janvier 2012, l'Office AI Berne s'est encore procuré un nouveau rapport médical du spécialiste précité. Le 27 juin 2013, il a alloué une mesure d'observation professionnelle du 12 août au 11 novembre 2013. Sur demande de l'Office AI Berne, le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) a rendu un rapport le 6 décembre 2013. Suivant cet avis, l'Office AI Berne a diligenté une expertise auprès du département de chirurgie de la main et de chirurgie plastique d'un hôpital universitaire et auprès d'une ergothérapeute de cet établissement, dont les conclusions ont été rédigées les 8 mai et 12 novembre 2014. Sur cette base, l'Office AI Berne, par communications des 5 février et 17 avril 2015, a octroyé un entraînement à l'endurance du 19 janvier au 19 avril 2015, respectivement un entraînement progressif du

20 avril au 19 juillet 2015. Le 14 janvier 2016, l'Office AI Berne a encore accordé un stage d'observation du 22 février au 22 mai 2016. Le 24 mai 2017, il a mis fin à l'aide au placement. Entre-temps, le 21 avril 2017, l'assuré, désormais représenté par une juriste de son assurance de protection juridique, a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité. L'Office AI Berne a alors actualisé le dossier médical par la production d'un rapport du psychiatre et psychothérapeute du recourant (celui-ci étant au bénéficiaire d'une curatelle depuis le 8 août 2017). Il a consulté une seconde fois le SMR, qui s'est prononcé le 5 novembre 2018. Sur la base de cet avis, il a diligenté une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie), dont les conclusions ont été rédigées le 22 novembre 2019. Par décision du 16 octobre 2020 confirmant une préorientation du 17 février 2020, et après avoir requis un complément d'expertise, l'Office AI Berne a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} mars 2012 au 31 août 2014.

C.

Par mémoire du 26 octobre 2020, l'assuré, représenté par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, outre à l'assistance judiciaire complète, à l'annulation de la décision du 16 octobre 2020 en tant que celle-ci excluait un droit à une rente au-delà du 31 août 2014 et, principalement, à l'octroi d'une telle prestation à compter de cette date, de même que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Le 29 octobre 2020, donnant suite à une ordonnance du 28 octobre 2020, le recourant a remis l'acte de nomination relatif à la curatelle instituée en sa faveur. Dans un mémoire de réponse du 25 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Par écrit du 21 décembre 2020, le recourant a fait savoir qu'il renonçait à répliquer et a produit la note d'honoraires de son mandataire.

En droit:

1.

1.1 La décision du 16 octobre 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales, reconnaît le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2012 au 31 août 2014, mais nie tout droit à une rente après cette date. L'objet du litige porte sur l'annulation de cet acte et, principalement, l'octroi d'une rente au-delà du 31 août 2014, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Sont particulièrement critiquées la valeur probante de l'expertise du 22 novembre 2019, en particulier la méconnaissance des troubles psychiques et leur évaluation à l'aune des indicateurs standards découlant de la jurisprudence, de même que l'absence de prise en compte des conclusions du centre d'intégration et de formation professionnelle.

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie au bénéfice d'une curatelle ne restreignant par l'exercice de ses droits civils (voir l'acte de nomination du 8 août 2017 produit par le recourant le 29 octobre 2020), disposant de la qualité pour recourir et 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 (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).

2.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain 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 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). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.4 Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). 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 (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; 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 avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision attaquée et sa réponse, l'intimé a indiqué qu'à compter du 1^{er} mars 2012, le recourant avait droit à une rente entière, en raison d'un degré d'invalidité de 100%. Toutefois, il a signalé qu'à partir du 6 mai 2014, l'état de santé du recourant s'était amélioré, celui-ci étant depuis lors apte à réaliser des travaux légers à 100%, avec une perte de rendement de 30%. Partant, en procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé a fixé le taux d'invalidité à 27% dès le 6 mai 2014, taux excluant le droit à une rente au-delà du 31 août 2014. Il a ajouté que l'expertise de 2019, y compris son complément du 6 mai 2020, était claire et complète, de sorte qu'il fallait lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a précisé que l'avis des experts devait du reste l'emporter sur celui du psychiatre traitant, vu la relation de confiance unissant ce dernier à son patient.

3.2 Le recourant maintient quant à lui que, dans la mesure où le centre d'intégration et de formation professionnelle a attesté, dans son rapport du

16 (recte: 18) mai 2016, que le rendement était de 45 à 70% (pour les travaux mécaniques), l'intimé aurait dû tenir compte d'un rendement "moyen" de 57,5% et donc d'une réduction du rendement de 42,5% (en lieu et place de la diminution retenue de 30%). Ce faisant, et en prenant en considération l'abattement de 15%, le recourant explique que le taux d'invalidité s'élève à 40% et justifie l'octroi d'une rente d'invalidité également après le 31 août 2014. De plus, le recourant critique le rapport d'expertise du 22 novembre 2019, en soutenant que celui-ci ne tient pas compte de l'aggravation de son état de santé, ni de ses problèmes psychiques, problèmes reconnus par d'autres spécialistes consultés. Il conteste encore l'avis de l'intimé, selon lequel son état de santé se serait amélioré, et fait savoir qu'il souffre toujours de douleurs au poignet et à l'épaule, de cervicalgies et de troubles psychiques.

4.

En l'espèce, le dossier permet de constater les faits médicaux suivants.

4.1 Selon un rapport du 24 janvier 2011 du département de chirurgie d'un hôpital régional, signé notamment par un spécialiste en orthopédie et en traumatologie, le recourant a été hospitalisé du 21 au 23 janvier 2011 en raison de douleurs au poignet droit et a subi une réduction ouverte, ainsi qu'une ostéosynthèse par plaque palmaire du radius distal droit. Le diagnostic principal de fracture comminutive intra-articulaire du radius distal droit par compression/extension et fracture de la styloïde ulnaire droite a été retenu. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 21 janvier au 18 mars 2011 (voir dos. AI 13.20/1 et 13.26). Le 19 mai 2011, ce spécialiste a évoqué un syndrome épaule-main post-traumatique et écrit à la Suva que les douleurs persistaient au poignet et à l'épaule, de manière à exclure une reprise du travail (dos. AI 13.20/4).

4.2 Le médecin d'arrondissement de la Suva, un chirurgien orthopédique, a indiqué, le 22 juin 2011, que la fracture avait évolué vers un syndrome algodystrophique assez sévère avec une atteinte de l'épaule, dont la mobilisation était très limitée (voir dos. AI 13.18/1). Un séjour en clinique a été organisé du 9 août au 14 septembre 2011. Le 4 octobre

2011, la clinique concernée a retenu les diagnostics d'algodystrophie du membre supérieur droit et de fracture comminutive intra-articulaire du radius distal droit et de la styloïde ulnaire. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 15 septembre au 2 octobre 2011 et une reprise du travail à but thérapeutique préconisée dès le 3 octobre 2011 (dos. AI 13.7/1). Le 22 novembre 2011, le spécialiste en orthopédie/traumatologie (voir c. 4.1) a confirmé la reprise du travail à 50% et fait part d'une évolution très lentement favorable, avec d'importantes douleurs à l'épaule durant le travail (dos AI 13.2/1).

4.3 Le 4 janvier 2012, le médecin d'arrondissement de la Suva a souligné que le recourant se plaignait de douleurs persistantes à l'épaule (irradiant le long du muscle trapèze), au niveau de l'extrémité inférieure du radius droit, ainsi qu'au niveau lombaire (remontant le long de la colonne et irradiant jusqu'au crâne). D'après le recourant, les douleurs au poignet seraient péjorées durant le travail et ce dernier serait gêné dans ses gestes de la vie quotidienne. Le médecin a précisé que les douleurs lombaires n'étaient pas liées à l'accident et que des douleurs irritatives pouvaient provenir du matériel d'ostéosynthèse (dont le retrait n'était pas indiqué). La poursuite du travail a été conseillée mais il a été relevé que les douleurs au bras suffisaient à justifier une incapacité totale de travail (dos. AI 22.1/165 s.).

4.4 Un médecin du département de chirurgie d'un hôpital cantonal a délivré un rapport le 16 février 2012. Il a confirmé que le recourant souffrait de douleurs au poignet mais précisé que celles-ci étaient en régression (dos. AI 22.1/125), tout comme les douleurs à l'épaule, dont la fonction aurait été récupérée. Le recourant serait surtout affecté par des douleurs au trapèze, elles aussi en amélioration. Le médecin a exclu une augmentation du taux d'activité et rappelé que les travaux nécessitant de la force ou l'usage de machines produisant des vibrations devaient être évités (dos. AI 22.1/126).

4.5 Le 26 mars 2012, le spécialiste en orthopédie/traumatologie a confirmé ses diagnostics à l'intimé et indiqué que l'état de santé s'était amélioré, répétant cependant que son patient présentait une incapacité de travail à 100% depuis son accident (dos. AI 17/3). Quant aux limitations

fonctionnelles, ce spécialiste a relevé que le recourant souffrait d'un manque de force, ainsi que de douleurs à l'effort au niveau de l'épaule et du poignet (dos. AI 17/4).

4.6 Le 21 mai 2012, ce spécialiste a informé la Suva que l'évolution était très lentement favorable avec des douleurs persistantes au poignet et à l'épaule, empêchant encore la reprise d'une activité (dos. AI 22.1/99). Le 2 octobre 2012, il a précisé à la Suva qu'au niveau de l'épaule, de bonnes amplitudes articulaires avaient été récupérées et que les douleurs avaient presque disparu. Quant au poignet, du fait de l'algoneurodystrophie, le pronostic a été réservé (dos. AI 22.1/46). Une incapacité de travail totale a été attestée jusqu'au 25 février 2013 (dos. AI 22.1/27). Le spécialiste a enfin fait savoir, le 21 décembre 2012, que le retrait du matériel d'ostéosynthèse avait eu lieu le 20 novembre 2012 et permis un soulagement des douleurs (dos. AI 22.1/25; voir aussi le rapport de ce médecin du 18 février 2013 [dos. AI 22.1/19], selon qui l'amplitude articulaire du poignet a pu être récupérée), des paresthésies, un risque de raideurs et des douleurs résiduelles au poignet droit pouvant néanmoins être attendus.

4.7 Le 11 mars 2013, le médecin d'arrondissement de la Suva a déclaré que l'activité habituelle n'était plus exigible. Il a toutefois précisé que, dans une activité adaptée, accomplie en position assise ou debout, sans port de charge répété de plus de 5 kg sur le poignet droit, sans mouvement exigeant une sollicitation répétée de ce poignet, ni de mouvement répété nécessitant une élévation/une rotation de l'épaule droite, une activité pouvait être réalisée durant une journée entière (dos. AI 22.1/10). Le médecin a confirmé son avis le 2 avril 2013 et rapporté une amélioration de la mobilité de l'épaule, avec des douleurs persistantes au trapèze en cas de mouvements et une impression de perte de force de la main droite. Quant au poignet, il a expliqué que celui-ci présentait une raideur marquée ainsi qu'une douleur à l'interligne radio-carpien et une arthrose post-traumatique modérée (dos. AI 25/4).

4.8 Dans son écrit du 5 novembre 2013, la fondation chargée de mener une mesure d'observation professionnelle a écrit que l'intéressé rencontrait de grandes difficultés de communication/de compréhension, en particulier

en français, évoquant que celui-ci pouvait présenter des difficultés d'ordre intellectuel, voire psychique. Elle a retenu qu'une réinsertion dans un domaine technique fin n'était pas réaliste, mais que le recourant pouvait peut-être accomplir des travaux simples et de dimensions moyennes (dos. AI 45/2 s.).

4.9 Le 21 novembre 2013, une IRM de la colonne cervicale a démontré une arthrose atlanto-axiale, une mauvaise position de la colonne cervicale avec spondylarthrose avancée, surtout en C2/3, un ostéochondrose en C4 à 6 avec spondyloses, ainsi qu'une fracture compressant la cervicale 7 (dos. AI 148/30). Un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 25 novembre 2013 a en outre mis en relief une discopathie et une large protrusion discale en L4/5 et L5/S1, ainsi qu'une anomalie de transition lombosacrée (dos. AI 148/29). Enfin, un rapport d'IRM du 9 décembre 2013 a illustré des protrusions discales en C3/4, 4/5 et 5/6 sans compression du nerf, ainsi qu'une discrète protrusion discale foraminée en C5/6 avec faible contact du matériel discal à la racine C6 mais sans compression de celle-ci (voir dos. AI 148/28 et le rapport du 28 février 2018 d'un institut de radiologie, illustrant surtout une dégénération modérée des disques avec discrète protrusion discale en L4/5 et L5/S1, sans indice de sténose grave, de signe d'activation ou de compression par une hernie [dos. AI 161/11]).

4.10 Le 6 décembre 2013, un médecin généraliste du SMR a posé le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de fracture de l'extrémité distale du radius droit avec algoneurodystrophie du poignet et syndrome épaule-main. Elle a relaté que la fracture avait guéri, que les critères de diagnostic pour une algoneurodystrophie n'avaient pas pu être vérifiés et qu'il n'y avait pas d'indice d'atteinte psychique (le refus d'accomplir des travaux et une maîtrise insuffisante du français ne justifiant pas une telle affection). Le SMR a conclu qu'on ne pouvait se fier au profil d'exigibilité de la Suva, qui intégrait des restrictions médicalement injustifiées, et a conseillé une expertise dans le domaine de la chirurgie de la main (dos. AI 49/4).

4.11 Les 8 mai et 12 novembre 2014, une ergothérapeute, respectivement des spécialistes d'une clinique universitaire pour la chirurgie de la main/la chirurgie plastique chargés par l'intimé de réaliser

une expertise, ont délivré leurs conclusions. Dans son volet de l'expertise (dos. AI 77.2), l'ergothérapeute a posé le diagnostic de fracture du radius droit avec algoneurodystrophie. Elle a indiqué que la mobilité du poignet était limitée, de même que la faculté de pivoter l'avant-bras et écrit que l'intéressé avait rapporté peu de douleurs durant les premiers entretiens mais que celles-ci s'étaient accrues au cours de la troisième séance. Elle a signalé que le recourant avait pris l'habitude d'économiser sa main droite et qu'il travaillait très lentement avec celle-ci et plus lentement que la moyenne avec les deux mains. Elle a en outre fait état d'une forte tension de la musculature de l'épaule et déclaré que le stress avait causé des troubles de la concentration. Les métiers de magasinier, coursier, cariste ou aide-électricien ont été jugés envisageables. S'agissant du volet relatif à la chirurgie de la main (dos. AI 77.1), les experts de cette discipline ont pour leur part retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de fracture du radius intra-articulaire pluri-fragmentaire et de fracture de la styloïde ulnaire à droite, ainsi que de déficit de réhabilitation avec restriction douloureuse de la mobilité du poignet droit en présence d'un status après un syndrome douloureux régional complexe (CRPS; algoneurodystrophie). Ils ont affirmé qu'en raison de l'affection de la main, le port/soulèvement de charges était limité à 5 kg, que les travaux éloignés du corps (de plus de 50 cm) ou répétitifs avec le bras droit devaient être évités, de même que les positions extrêmes du poignet en flexion/extension (de plus de 30°) et les rotations de l'avant-bras (supination/pronation de plus de 60°). Ils ont précisé que le recourant était fortement limité dans son activité mais pas pour des tâches de motricité fine (sauf exécutions fortement répétitives), notamment dans les emplois cités par l'experte ergothérapeute ou pour des tâches de surveillance et ce à raison de 8 heures, moyennant des pauses, du fait des troubles de la concentration et d'une tendance à la fatigabilité (un temps de travail de 5/6 heures étant exigible). Une restriction de la capacité de travail de 30% a donc été admise dans les activités moyennement éprouvantes. D'autres mesures médicales ou une amélioration au niveau de la main ont été exclues. Un examen psychiatrique a cependant été préconisé (vu la présence de facteurs psychosociaux).

4.12 Un atelier de production et de réinsertion a informé, le 20 avril 2015 (dos. AI 95), que le recourant avait démontré, au cours de la mesure d'entraînement à l'endurance (accomplie à raison de 5,5 heures du lundi au jeudi et de 4,25 heures le vendredi), qu'il avait les capacités ainsi que les aptitudes motrices et intellectuelles pour accomplir un travail répondant aux exigences, un projet de réinsertion étant envisageable. Le 20 juillet 2015 (dos. AI 100/1), l'atelier a ajouté que le rendement devait être travaillé mais que la résistance physique et psychique du recourant n'empêchait pas une telle réinsertion, pour autant que le poste de travail soit adapté (excluant le port de charges, permettant d'alterner les positions et impliquant des consignes précises et reformulées).

4.13 Un centre d'intégration et de formation professionnelle a écrit, le 18 mai 2016 (dos. AI 115), que les aptitudes intellectuelles étaient moyennes dans des activités simples, mais que la maîtrise du français entraînait de grandes difficultés de compréhension et d'acquisition de connaissances. Aucune limitation n'a été relevée sur le plan médical hormis une certaine fragilité psychique. Quant aux performances, il a été noté que la productivité avait varié entre 45 et 70% mais que, pour des travaux simples de peinture, le rendement correspondait aux exigences du marché libre. Les métiers de peintre/aide-peintre ou d'opérateur de production ont été évoqués.

4.14 Le 10 mai 2016, un spécialiste en orthopédie d'un centre hospitalier a posé les diagnostics de conflit antéro-supérieur de l'épaule gauche avec tendinite du long tendon du biceps ainsi que du tendon sus-épineux avec bursite d'accompagnement douloureuse et de status après une fracture du poignet (dos. AI 118/2). Une infiltration a été conseillée, mais déclinée par le recourant, son état général étant en amélioration (voir aussi dos. AI 148/13, notamment un rapport dans lequel a été posé le diagnostic de blépharite chronique avec kérato-conjonctivite sicca).

4.15 En juin 2017, un psychiatre/psychothérapeute a posé les diagnostics de syndrome anxio-dépressif (ch. F41.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation mondiale de la santé) et de syndrome psychosomatique (ch. F49.4 CIM-10). Il a écrit que son patient souffrait de

troubles du sommeil, d'une grande anxiété, de troubles de la mémoire, d'une grande fatigabilité et de difficultés à se concentrer et à s'exprimer en français. Celui-ci présenterait une grande confusion par rapport à son état de santé et se plaindrait de sa situation (jugée injuste). Le psychiatre a exclu la reprise d'une activité ou une amélioration de la capacité de travail et attesté une incapacité de travail à 100% de 2012 à février 2016 (dos. AI 136/3). Le 21 septembre 2017, il a précisé que son patient avait de graves problèmes avec son épouse (atteinte d'une maladie psychique) et qu'il souffrait d'instabilité émotionnelle du fait de la perte de son travail et d'un sentiment d'insécurité financière (voir aussi dos. AI 148/17). Le 22 mars 2018, il a précisé que l'état était stationnaire (dos. AI 153).

4.16 Un centre du dos a posé les diagnostics de syndrome douloureux musculaire chronique de la colonne cervicale/lombaire et de la ceinture scapulaire, sans signe neurologique, ainsi que de conflit antéro-supérieur avec tendinite du long tendon du biceps et du tendon sus-épineux avec bursite d'accompagnement douloureuse le 5 octobre 2016 (dos. AI 148/22).

4.17 Le 9 novembre 2017 (dos. AI 148/3), la médecin d'un cabinet médical a constaté les symptômes de CRPS, de douleurs persistantes à la nuque, au dos et au bras droit, ainsi que de syncopes d'origine peu claire et de syndrome dépressif (léger à moyen). Elle a rapporté une limitation de la mobilité de la colonne cervicale et (de manière légère) de l'épaule et du bras, évoquant un syndrome douloureux et des cervicalgies chroniques, les travaux légers n'étant plus exigibles du fait des douleurs (voir dos. AI 148/10). Elle a attesté une incapacité de travail totale dès 2011.

4.18 Le 12 mai 2018, un nouveau médecin traitant a posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) d'arythmie paroxystique, de syndrome main-nuque-épaule, de douleurs aux jambes/aux fesses (à droite) d'origine peu claire, ainsi que de status après une fracture du radius droit (dos. AI 161/5). Il n'a pas rapporté de limitations fonctionnelles (si ce n'est les problèmes linguistiques), mais indiqué que le recourant pouvait travailler 4/5 heures par jour dans une activité adaptée (p. ex. chauffeur), attestant une incapacité de travail à 100% depuis le 21 janvier 2011.

4.19 Le 5 novembre 2018, un spécialiste en médecine nucléaire du SMR a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de fracture pluri-fragmentaire et intra-auriculaire du radius et de la styloïde ulnaire droite, de cervicalgies, de lombalgies, de dépression anxieuse, de trouble psychosomatique et de situation psychosociale pénible (dos. AI 168/5). Rappelant le profil d'exigibilité établi dans l'expertise de 2014, le SMR a ajouté qu'aucun profil ne pouvait être posé et a recommandé une expertise pluridisciplinaire.

4.20 Des spécialistes en rhumatologie, en médecine interne générale, en psychiatrie/psychothérapie et en neurologie ont réalisé une telle expertise et rédigé leur rapport le 22 novembre 2019 (dos. AI 185.2). L'expert rhumatologue y a posé les diagnostics (impactant la capacité de travail) de douleurs chroniques du poignet droit avec limitation fonctionnelle, arthrose radio-carpienne post-traumatique (ch. M19.8 CIM-10), de status après périarthrite scapulo-humérale gauche sur conflit antéro-supérieur, tendinose du long chef du biceps, tendinite du sus-épineux, dégénérescence mucoïde du tendon long chef du biceps, arthrose acromio-claviculaire, de même que de cervicalgies chroniques, troubles dégénératifs, ainsi que de lombalgies chroniques, troubles dégénératifs (ch. M54.2 et M54.5 CIM-10). Il a écrit que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 21 janvier 2011 mais de 70% depuis l'expertise du 12 novembre 2014 (soit de 100% avec une perte de rendement de 30% du fait d'un besoin de pauses accru et de douleurs chroniques engendrées par les mouvements) dans une activité adaptée (à savoir sans travaux répétitifs ou au-dessus de la tête avec les membres supérieurs, sans mouvements répétitifs du poignet droit, sans mouvement impliquant une extension ou une flexion de plus de 30° du poignet droit, ainsi que sans port de charges répété de plus de 5 kg). L'expert a donc nié toute modification importante par rapport à la situation examinée en 2014. Quant au spécialiste en médecine interne, il n'a retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail et conclu que cette dernière était totale depuis toujours. L'expert psychiatre en a fait de même, excluant un quelconque diagnostic et retenant que le recourant était en possession de toutes ses ressources psychiques. L'expert neurologue n'a pas non plus posé de diagnostic et a conclu à une capacité de travail conservée du point

de vue neurologique. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont confirmé leurs diagnostics et leurs évaluations de la capacité de travail.

5.

Il sied d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de novembre 2019, sur laquelle l'Office AI Berne s'est essentiellement fondé pour rendre la décision contestée.

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 pluridisciplinaire répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont procédé à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) ainsi que les documents produits. Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier (voir dos. AI 185.6/7 ss). Les conclusions des experts sont par ailleurs détaillées, étayées (y compris par les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281) et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

5.3 Sur le plan matériel, il convient d'abord de signaler qu'à juste titre, l'aspect somatique de l'expertise pluridisciplinaire n'a pas été critiqué. Le recourant s'est en effet limité à rappeler qu'il souffrait toujours de douleurs au poignet, à l'épaule et de cervicalgies (p. 5 § 1 du recours). La

persistance de ces douleurs a d'ailleurs aussi été constatée par l'expert rhumatologue, dans son rapport du 22 novembre 2019 (dos. AI 185.3/3). Le raisonnement de cet expert permet du reste de comprendre que le diagnostic de douleurs chroniques au poignet droit avec limitation fonctionnelle a été posé après avoir relevé que le recourant souffrait de douleurs (très modérées) à la palpation, à la mobilisation et en flexion (dos. AI 185.3/6), l'intéressé ayant confié que les douleurs apparaissaient à l'effort (lors de mouvements, d'appuis avec la main ou de port de charges), que le poignet (à l'instar de l'avant-bras et de la main) avait perdu de sa mobilité ainsi que de sa force et qu'il ressentait parfois des fourmillements (voir dos. AI 185.3/10 § 4 et 6). La présence d'une arthrose post-traumatique modérée a par ailleurs été admise sur la base des radiographies de 2013 (dos. AI 185.3/9), alors que la complication du status après réduction ouverte et ostéosynthèse l'a été en lien avec le rapport du spécialiste en orthopédie/traumatologie du 19 mai 2011 (dos. AI 185.3/8). De même, l'expert a indiqué qu'il n'existait aucun signe d'une maladie de Südeck (CRPS; dos. AI 77.1/11) en expliquant qu'il ne pouvait être constaté d'atrophie, de différence entre les mains (dos. AI 185.3/3-10 et 77.1/19). Ainsi, dès lors que l'expertise en ergothérapie et chirurgie de la main de 2014 avait déjà abouti aux mêmes résultats, soit que le recourant souffrait de douleurs modérées, dont la durée et l'intensité étaient liées aux efforts (dos. AI 77.1/12 s. et 77.2/4 s.), de même qu'en tant qu'elle avait aussi mis en relief une réduction de la force (dos. AI 77.1/16) et exclu une CRPS (dos. AI 77.1/20 s.), c'est de façon cohérente que l'expert rhumatologue a conclu à l'absence d'argument en faveur d'une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise de 2014 (dos. AI 185.3/10). Cela vaut d'autant plus que, dans cette dernière, il avait déjà été signalé que le recourant parvenait à accomplir les actes ordinaires de la vie (hormis le port de charges supérieures à 5 kg; dos. AI 77.1/14), comme l'a fait l'expert rhumatologue (dos. AI 185.3/4 et 185.3/11, voir aussi 185.4/4). Partant, en tant que ce dernier a confirmé l'avis des spécialistes en chirurgie de la main et en ergothérapie, à savoir que le recourant avait présenté une incapacité totale de travail depuis le 21 janvier 2011 et une capacité de travail à 70% (100%, avec une diminution de rendement de 30%) dès l'expertise de 2014, le point de vue de ce spécialiste est convaincant. Du reste, cette conclusion n'est pas remise en cause par le diagnostic afférent à l'épaule,

puisque l'expert a repris le diagnostic posé dans le rapport d'IRM du 9 juillet 2015 (dos. AI 185.3/4-7-9) et expliqué de manière probante qu'il avait constaté que la mobilisation n'était douloureuse qu'en fin de mouvement (dos. AI 185.3/6) et que les plaintes provenaient surtout des douleurs au poignet (dos. AI 185.3/10). Partant, on ne voit rien non plus à redire au fait que l'expert a retenu que l'atteinte à l'épaule était guérie et justifiait uniquement une prise en compte (en tant qu'élément de fragilisation) dans le profil d'exigibilité défini en 2014 (en excluant encore les travaux au-dessus de la tête avec les membres supérieurs; dos. AI 185.3/11). De surcroît, on ne saurait émettre de critique par rapport aux conclusions de l'expert, selon qui les diagnostics de cervicalgies/lombalgies n'ont pas d'effet sur la capacité de travail, puisque les premières s'accompagnent surtout d'une sensation de fatigue ainsi que de lourdeur, sans douleur à la mobilisation (dos. AI 185/3.5-12) et que le status rachidien cervico-dorso-lombaire est satisfaisant sur le plan clinique, les investigations ayant révélé des lésions dégénératives modérées compatibles avec l'âge, sans signe de hernie discale, ni de conflit radiculaire (dos. AI 185.3/9 s. et 185.3/3). De même, l'appréciation de l'expert quant au diagnostic de coxalgies n'affectant pas la capacité d'exercer une activité adaptée (dos. AI 185.3/10) ne prête pas non plus flanc à la critique, puisque l'expert a relaté de manière logique que les douleurs à la hanche apparaissaient surtout à la marche (dos. AI 185.3/2 s. et 185.3/6), qu'elles n'étaient pas traitées et qu'elles n'empêchaient pas le recourant de se promener jusqu'à quatre fois par semaine durant une à deux heures (dos. AI 185.3/4-10). Enfin, pour ce qui est du volet somatique de l'expertise, il sied de relever que l'avis des experts interniste et neurologue sont également cohérents. Le premier a seulement signalé la présence d'épisodes de tachycardie paroxystique en 2017 qui ne sont plus actuels et a conclu que le recourant était totalement capable de travailler et ce depuis toujours (dos. AI 185.4/6). Pour sa part, le second a rapporté qu'il n'avait constaté aucun déficit moteur/sensitif (les limitations n'étant présentes que par peur de déclencher des douleurs), la capacité de travail étant ainsi conservée.

5.4 Quant au volet psychique de l'expertise pluridisciplinaire, force est de constater que l'expert psychiatre s'est montré convaincant, en tant qu'il a nié la présence d'un diagnostic psychique. En effet, il a expliqué de

manière compréhensible que le recourant ne présentait aucune plainte psychiatrique (hormis des troubles du sommeil liés à ses douleurs et rapportés uniquement sur question de l'expert; dos. AI 185.5/6), ni aucun signe de dépression, d'idée suicidaire ou encore de trouble cognitif, psychotique, anxio-phobique, obsessionnel compulsif ou de la personnalité (dos. AI 185.5/3-6). L'expert a en effet constaté que le recourant était lucide, qu'il s'exprimait de façon spontanée, logique et qu'il ne présentait pas de signe de stress, de tension ou d'anxiété. En particulier, l'expert n'a pas observé de trouble de la mémoire, évoquant que le recourant parvenait à expliquer son parcours d'une façon cohérente, chronologique et fluide (dos. AI 185.5/3), qualifiant plusieurs fois les problèmes de mémoire allégués par le recourant de "prétexte" et retenant que ce dernier avait tendance à majorer ses plaintes (dos. AI 185.5/6-8). L'expert a aussi mis en relief que l'attitude revendicatrice et irritée du recourant (dos. AI 185.5/2), motivée par le fait que ce dernier estimait sa situation médicale et administrative injuste (voir aussi dos. AI 185.5/4 in fine), s'était vite estompée et que le recourant s'était rapidement montré à l'aise, souriant et motivé, aucune tension ni aucune anxiété n'ayant été constatées. Enfin, l'absence de diagnostic psychique est d'autant plus compréhensible que l'expert a fait savoir que les symptômes rapportés par le psychiatre traitant n'étaient pas présents durant l'examen (dos. AI 185.5/6 s.). L'expert a indiqué à ce sujet de façon probante que les diagnostics du psychiatre traitant (des syndromes anxio-dépressif et psychosomatique) ne correspondaient pas aux numéros des diagnostics de la CIM-10 et qu'ils n'étaient en tous les cas pas des troubles mais seulement des syndromes et qu'ils correspondaient dès lors uniquement à des affections psychiques légères (dos. AI 185.5/7). En outre, l'expert a relevé que les éléments cités par le psychiatre traitant et pouvant être améliorés afin qu'un pronostic favorable puisse être posé (soit des problèmes personnels, des difficultés de langue, ainsi que des contraintes professionnelles liées à l'âge et l'absence d'une formation certifiée) permettaient de conclure que l'affection principale était d'ordre social (dans le même sens: dos. AI 77.1/24 ch. 8), l'anamnèse du recourant étant dépourvue de particularités/d'antécédents psychiatriques et le status psychique étant normal. L'expert a aussi ajouté de manière pertinente que le recourant menait une vie normale au quotidien, puisqu'il pratiquait différents loisirs (notamment bricoler, aller voir

des matchs de football avec son fils, se promener ou faire la cuisine) et était bien entouré par sa famille ainsi que par ses amis (dos. AI 185.5/5). Enfin, on ne saurait ignorer que l'expert a encore mis en évidence que le traitement psychiatrique avait surtout débuté, selon le recourant, pour des troubles du sommeil (dos. AI 185.5/3) et que, de l'avis de l'expert, cette thérapie, de même que la prise d'un anxiolytique, n'étaient pas justifiées. Partant, on ne voit rien à redire aux conclusions de l'expert, selon qui le recourant ne présente aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique et présente une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement depuis toujours (dos. AI 185.5/8 s.).

5.5 En particulier, le recourant se méprend lorsqu'il fait valoir qu'il avait été retenu dans l'expertise du 12 novembre 2014 que la capacité de travail n'était pas uniquement limitée par les diagnostics relevant du domaine de la chirurgie de la main mais aussi par une diminution de la concentration et de la mémoire (ch. II.2 du recours). En effet, s'il est vrai que l'expertise de 2014 évoque l'influence de troubles de la concentration (dos. AI 77.1/23 ch. 4), s'agissant de la diminution du rendement, celle-ci se réfère en l'occurrence surtout au rapport relatif à la mesure d'observation accomplie auprès d'une fondation, dans lequel avait effectivement été évoquée une réduction de la concentration et de la mémoire (dos. AI 77.1/23 ch. 6). L'expertise de 2014 (émanant d'experts n'étant pas spécialisés en psychiatrie et psychothérapie) précise toutefois clairement qu'elle ne formule pas de conclusions sur le plan psychique/mental et recommande à cet effet un examen psychiatrique (dos. AI 77.1/22 ch. 1). De même, s'il est vrai qu'une "certaine fragilité psychique" a été abordée dans le rapport relatif au stage d'observation de 2016 (dos. AI 115/4), celle-ci a été évoquée en relation avec les inquiétudes du recourant pour son avenir professionnel. Néanmoins, cela n'a échappé ni à l'expert psychiatre, dans l'expertise de 2019, ni au SMR, dans son avis du 5 novembre 2018. Le psychiatre traitant en a par ailleurs également fait mention en 2017/2018 (avis qu'on ne saurait écarter du seul fait que ce dernier entretient une relation de confiance avec son patient, comme l'évoque à tort l'intimé, voir ch. 5 de la réponse et arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 c. 5.3; dos. AI 185.6/12-14). Aussi, le recourant ne peut être suivi en tant qu'il fait valoir qu'il est assisté dans l'ensemble de ses tâches

administratives et fait l'objet d'une mesure de curatelle (p. 5 § 7 s. du recours) et critique la conclusion de l'expert psychiatre, selon laquelle il mène sa vie normalement. En effet, la curatelle (dont on peut penser qu'elle est plutôt justifiée par les dettes et les poursuites rapportées par le recourant; dos. AI 185.4/4; voir également dos. AI 147) n'enlève rien au fait que l'intéressé accomplit presque toutes les tâches ménagères, qu'il peut conduire et qu'il s'adonne à différentes activités de loisirs et de détente. Du reste, malgré la curatelle (qui ne limite pas l'exercice des droits civils) l'intéressé a confié aux experts qu'il assumait les tâches administratives avec son épouse (dos. AI 185.3/4). De même, contrairement à ce que le recourant soutient, puisque le volet psychiatrique de l'expertise repose sur un dossier médical complet et que l'expert parvient à un résultat concluant, le fait que celui-ci ne se soit entretenu avec le recourant que durant 1h30 (dos. AI 185.5/1) n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise (SVR 2019 IV n° 85 c. 6, 2017 IV n° 75 c. 4.3, 2016 IV n° 35 c. 3.2.2). Qui plus est, en prétendant que l'expert ne pouvait pas nier les symptômes attestés par le psychiatre traitant, parce qu'il ne les avait pas observés durant l'expertise, le recourant omet que l'expert a eu connaissance des rapports médicaux du psychiatre traitant (évoquant les symptômes litigieux) et qu'il n'a pas seulement déduit ses conclusions de ses propres constatations. Ainsi, dès lors que rien ne permet de douter que l'expert a procédé à un examen dans les règles de l'art et puisqu'il dispose d'une certaine marge d'appréciation dans le contexte de son appréciation médico-psychiatrique, cette critique ne justifie pas de remettre en cause son avis (SVR 2018 IV n° 77 c. 6.3). Enfin, le reproche du recourant, selon qui il y aurait lieu de prendre en compte une perte de rendement de 42,5%, dès lors qu'un rendement compris entre 45 et 70% a été observé au cours de la mesure d'observation professionnelle, est infondé. En effet, cette conclusion du centre d'intégration et de formation professionnelle doit être nuancée, celui-ci ayant en réalité expliqué que le rendement avait été de 45% pour des travaux sur une presse et de 70% pour des opérations sur une fraiseuse. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation globale du rendement. Le recourant ignore en outre que ce centre a aussi déclaré que, pour des travaux simples, le rendement était en phase avec les exigences du marché (dos. AI 115/12). Quoi qu'il en soit, comme l'a aussi admis le recourant, la diminution de rendement de 30% retenue dans l'expertise de

2019 avait déjà été retenue en 2014. Partant, contrairement à ce qu'affirme le recourant, les constatations du centre précité ne remettent aucunement en cause l'appréciation du rendement découlant de l'expertise pluridisciplinaire, dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Par conséquent et au vu de ce qui précède, force est donc de reconnaître que l'expertise pluridisciplinaire est complète, concluante, convaincante et dépourvue de tout signe de contradiction, si bien qu'il y a lieu de lui accorder une pleine valeur probante.

5.6 Cela étant, c'est aussi de manière infondée que le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir examiné les répercussions de ses atteintes à la santé au moyen des indicateurs standards découlant de la jurisprudence (voir p. 6 § 3 du recours; ATF 141 V 281 c. 3.6). En effet, tout d'abord, la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (voir c. 2.2 et ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Or, comme évoqué, les diagnostics posés par le psychiatre traitant ont été remis en cause de manière probante par l'expert psychiatre, qui n'a pour sa part retenu aucun diagnostic ressortant de sa discipline. Partant, le TA n'a pas à examiner si, sous l'aspect psychique, des déficits fonctionnels n'entrant pas dans le cadre de l'AI auraient été admis à tort. Du reste, même si une évaluation fondée sur les indicateurs devait être réalisée, celle-ci conduirait, dès l'examen au premier niveau, au résultat qu'une éventuelle atteinte psychique serait dénuée de caractère invalidant. En effet, en tant que l'expert psychiatre a souligné que le recourant s'était plaint de troubles de la mémoire mais qu'une telle assertion s'était avérée inexacte lors de l'examen et qu'il a ajouté que le recourant avait tendance à majorer ses plaintes en prétendant avoir de tels problèmes, force est d'admettre que le dossier met en relief des motifs d'exclusion (ATF 141 V 281 c. 2.2, en lien avec l'ATF 143 V 418 c. 7.2), soit un comportement d'exagération (dos. AI 185.2/6, voir aussi, s'agissant du volet somatique de l'expertise: dos. AI 185.3/5 et 185.6/3-5, où il est fait mention de "plaintes surajoutées"). De plus, quand bien même tel ne serait pas le cas, l'analyse à un deuxième niveau du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte aboutirait au constat que le dossier ne met en évidence aucune limitation fonctionnelle psychique grave. En effet, comme

évoqué, aucune plainte psychiatrique n'a été formulée par le recourant, qui s'est montré à l'aise et souriant durant l'expertise et a même fait preuve d'humour (dos. AI 185.5/6). En outre, bien que l'expert ait observé des facteurs de contrainte (douleurs et difficultés liées aux problèmes somatiques, maîtrise insuffisante du français, absence de formation), il a aussi conclu que le recourant présentait d'importantes ressources puisque celui-ci était en mesure de mener une vie quotidienne parfaitement normale, empreinte tant d'activités diverses (jardinage, bricolage, balades à pied/à vélo, course à pied, cuisine, matchs de football, expositions; dos. AI 185.4/4-6), que de rencontres avec des amis. L'intéressé pouvait par ailleurs compter sur le soutien de sa famille et demeurait motivé à travailler (voir dos. AI 185.5/3). Aussi, un tel examen (s'agissant du complexe "contexte social"; ATF 141 V 281 c. 4.3.3) aboutirait au constat que le recourant entretient de bons contacts avec ses proches et passe du temps avec des amis (dos. AI 185.5/5). Sous l'angle de l'indicateur visant le recours effectif à des options thérapeutiques (ATF 141 V 281 c. 4.4.1), il sied encore de relever que l'expert psychiatre a déclaré que, même si le recourant avait fait valoir qu'il faisait l'objet d'un traitement psychiatrique depuis longtemps, aucun signe de ce suivi n'a en réalité pu être attesté avant 2017 et, quoi qu'il en soit, l'expert a jugé que ce traitement n'était de toute manière pas indiqué (dos. AI 185.5/8). Ainsi, non seulement un examen des indicateurs standards n'était pas indiqué mais il ne pourrait conduire qu'à nier le caractère invalidant des atteintes psychiques.

6.

6.1 Reste à examiner le taux d'invalidité du recourant, compte tenu d'une incapacité de travail à 100% du 21 janvier 2011 jusqu'à l'expertise de 2014, puis ensuite de 30%, conformément aux conclusions de l'expertise de 2019 (dos. AI 185.2/6, voir aussi 77.1/23). A ce propos, il faut d'emblée signaler que, dans la mesure où l'incapacité de travail a débuté le 21 janvier 2011, le délai d'attente d'une année (art. 28 al. 2 let. b LAI) s'est écoulé au 21 janvier 2012. A cette date, du fait du dépôt de la demande de prestations en septembre 2011 (dos. AI 3/3), le délai de 6 mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI n'était pas encore échu, le droit à la rente pouvant ainsi

prendre naissance au plus tôt le 1^{er} mars 2012, comme l'a retenu l'intimé (voir art. 29 al. 3 LAI). Quant à l'amélioration de l'état de santé, il apparaît que les experts se sont accordés sur le fait que celle-ci devait être reconnue dès le 12 novembre 2014, date de l'expertise en chirurgie de la main et ergothérapie (dos. AI 185.2/6). Or, puisque le rapport d'expertise a été rédigé en novembre 2014 alors que les examens se sont déroulés les 31 mars, 1^{er} mai, 5 et 6 mai 2014 (dos. AI 77.1/2 et 77.2/2), on ne voit rien à redire au fait que l'intimé a retenu que l'amélioration de l'état de santé devait être reconnue depuis le 6 mai 2014 (date du dernier examen par l'experte ergothérapeute). La modification du droit à la rente prend donc effet après le 31 août 2014, comme l'intimé l'a retenu (voir art. 88a al. 1 RAI).

6.2 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative 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 (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPG; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'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 (ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b).

6.3 En l'espèce, pour le revenu de valide, l'intimé a admis à raison, en se fondant sur les données du dernier employeur, que le recourant aurait perçu un salaire de Fr. 53'300.- en 2012 (année de naissance du droit à la rente, voir c. 6.1 et ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222), s'il n'avait pas subi d'atteinte à la santé (dos. AI 11/3 s.; ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). Quant au revenu d'invalide, celui-ci doit être arrêté à Fr. 0.-, comme l'intimé l'a aussi retenu, puisqu'une capacité de travail nulle a été reconnue jusqu'au 6 mai 2014. Partant, pour la période du 21 janvier 2011 au 5 mai 2014, le taux d'invalidité doit effectivement être arrêté à 100%, ouvrant le

droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2012 au 31 août 2014 (voir c. 2.2 et 6.1).

6.4 Quant à la période commençant à partir du 1^{er} septembre 2014 et pour laquelle il a été admis que le recourant était en mesure de travailler à 70%, le revenu d'invalidité doit en effet être calculé sur une base statistique, puisque le recourant n'a plus travaillé depuis 2011 et qu'il ressort du dossier que son ancienne activité n'est plus exigible (ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2019 UV n° 40 c. 6.2.3). En l'espèce, l'intimé s'est basé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiés régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS; les tables statistiques de salaires, d'indexation et de durée normale de travail dans les entreprises sont accessibles à partir du site internet de l'OFS; ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2019 UV n° 40 c. 6.2.3). Selon ceux-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'312.- (ESS 2014, Tableau "Salaires mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe", Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], Hommes) ou Fr. 63'744.- par an. Adapté à un horaire de travail usuel de 41,7 heures (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), ce montant atteint Fr. 66'453.10. L'intimé a encore tenu compte d'un abattement de 15% sur ce revenu statistique, au motif que les domaines d'activités possibles sont réduits du fait de l'atteinte à la santé (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), ce qui porte ce revenu à Fr. 56'485.15. L'intimé a alors tenu compte de la diminution de la capacité de travail de 30%, arrêtant le revenu d'invalidité à Fr. 39'540.-. Comparé à un revenu de valide de Fr. 53'300.-, indexé à l'année 2014 et ainsi fixé à Fr. 54'405.- par l'intimé (en l'occurrence, d'après la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010 - 2019, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2012: 2'188 et 2014: 2'220, ce montant devrait être de Fr. 54'079.50, l'intimé s'étant visiblement basé sur une autre table), ce dernier a finalement arrêté le taux d'invalidité à 27%. A noter que, dans la mesure où, même avec un abattement maximal de 25% (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3), ce taux n'atteindrait pas 40% (mais seulement 36%), point n'est besoin d'examiner l'ampleur de l'abattement admis par l'intimé.

6.5 Il apparaît toutefois que le revenu de valide de Fr. 54'405.- a été comparé avec un revenu d'invalidé (avant la prise en compte de l'incapacité de travail de 30% mais déjà adapté à un horaire de travail usuel et réduit d'un abattement de 15%, soit Fr. 56'485.15) supérieur de Fr. 2'080.15 (3,8%). Se pose donc la question de savoir si le recourant réalisait un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (absence de formation et manque de connaissances linguistiques), sans que cela ne résulte d'un choix délibéré, auquel cas il s'agirait d'inclure cette circonstance pour l'évaluation de l'invalidité, en effectuant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; SVR 2018 UV n° 33 c. 2.2.3). En l'espèce, la Convention collective de travail (CCT) des paysagistes et entrepreneurs de jardin du canton de Vaud prévoit un salaire de Fr. 3'905.- au moins pour un aide-jardinier sans CFC au bénéfice de 2 ans d'expérience (art. 8.1 CCT; voir www.seco.admin.ch, "Travail", "Libre circulation [...]", "Conventions collectives de travail – Cantons", "Vaud"). En outre, d'après l'union syndicale suisse (USS), les salaires pour un aide-jardinier avec de l'expérience variaient entre Fr. 3'800.- et Fr. 4'565.- en 2012 (USS, *Conditions de travail et salaires dans l'horticulture*, 2012, p. 15, à voir à l'adresse: www.uss.ch, "Publications", "Dossiers", "Dossier n° 88"). Enfin, d'après la "règlementation des salaires 2021 – Paysagisme et aménagement de terrains de sport" (une annexe à la CCT de l'horticulture), le salaire de référence d'un ouvrier jardinier est de Fr. 4'116.- (jardinsuisse.ch, "Thèmes", "Partenariat social/CCT"). Partant, le salaire du recourant n'était pas inférieur à celui de la branche et rien ne justifie une adaptation du revenu d'invalidé, d'autant plus que celui-ci tient déjà compte d'un abattement de 15%. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à un parallélisme des revenus. Le taux d'invalidité de 27% pour la période commençant le 6 mai 2014, doit ainsi être confirmé, si bien que c'est à raison que l'intimé a nié un droit à une rente après le 31 août 2014.

7.

En conclusion, c'est à bon droit que l'intimé a alloué une rente entière dès le 1^{er} mars 2012, limitée au 31 août 2014. Le recours doit donc être rejeté.

7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, les frais de procédure sont fixés à Fr. 800.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le recourant, qui succombe, doit supporter ces frais et ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

7.2

7.2.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense notamment 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. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

7.2.2 En l'espèce, le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire complète. La condition financière est manifestement remplie, dès lors que celui-ci est soutenu par les services sociaux (voir PJ 3, p. 2 et ch. IV du recours; 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). Enfin, la présente cause justifiait l'assistance d'un mandataire professionnel. La requête doit dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'avocat représentant le recourant est désigné en tant que mandataire d'office. Les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton.

7.2.3 La note d'honoraires du 21 décembre 2020 de l'avocat du recourant fait montre d'honoraires à hauteur de Fr. 1'783.35 pour 8,92 heures de travail au tarif horaire de Fr. 200.- et ne prête pas le flanc à la critique. Les honoraires de l'avocat du recourant sont ainsi taxés à Fr. 1'783.30 auxquels s'ajoutent Fr. 89.15 de débours et Fr. 144.20 de TVA. Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'016.70

au titre du mandat d'office, à savoir des honoraires de Fr. 1'783.35 (8,92 heures à Fr. 200.-, selon l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 89.15 (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]) et de la TVA de Fr. 144.20.

7.2.4 Le recourant doit néanmoins 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. 112 al. 2 LPJA en lien avec l'art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. _____ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais de la 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. Les honoraires de Me B. _____ sont taxés à Fr. 1'783.35, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 89.15 et la TVA par Fr. 144.20; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'016.70 (honoraires: Fr. 1'783.35, débours: Fr. 89.15 et TVA de Fr. 144.20) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer envers le canton, prévue par l'art. 123 CPC, est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
- au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,
- et communiqué (B):
- 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).