

200.2020.859.AI

N° AVS
ANP/REN

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

Jugement du 1^{er} octobre 2021

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____

recourant

contre

Office AI Berne

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 20 octobre 2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1962, marié et père de trois enfants adultes issus d'une précédente union, est au bénéfice d'une formation pratique de soudeur qu'il n'est pas parvenu à valider par un certificat d'aptitude professionnelle. En Suisse depuis juillet 2012, il a notamment travaillé comme manutentionnaire et agent d'entretien. Le 18 juillet 2017, il s'est occasionné une fracture-tassement du corps vertébral L1 à la suite d'une chute de deux mètres sur un chantier, lors de laquelle il s'est réceptionné sur le bas du dos et les fesses. La Suva a admis sa responsabilité pour cet événement et a alloué ses prestations (paiement des frais médicaux et octroi d'indemnités journalières). Licencié avec effet au 15 décembre 2017 d'une mission de travail commencée le 12 juin 2017, l'assuré a déposé courant janvier 2018 une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI) datée du 3 janvier 2018 et motivée par une atteinte à la colonne vertébrale remontant au 18 juillet 2017.

B.

A réception de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli l'avis du généraliste traitant et d'un centre du dos. Il a en outre demandé à consulter le dossier de la Suva, par le biais duquel il a eu connaissance d'un séjour de réadaptation effectué du 27 mars au 2 mai 2018 et d'un suivi auprès d'un médecin psychiatre. Ce spécialiste, dont il a recueilli l'appréciation, lui a ultérieurement communiqué que son patient avait été admis le 12 (recte: 13) mars 2019 au sein d'un hôpital psychiatrique. L'Office AI s'est enquis du rapport établi suite à cette hospitalisation ayant eu lieu jusqu'au 7 juin 2019 et a été informé d'un suivi instauré dès fin mars 2019 dans un centre de la douleur. Entretemps, la Suva a mis fin avec effet au 1^{er} janvier 2019 à ses prestations temporaires et l'assuré a vu son inscription dès cette même date à l'assurance-chômage être radiée à défaut d'une capacité de travail préservée à hauteur de 20% au moins. Par décision du 24 avril 2019, la

Suva lui a nié le droit à une rente d'invalidité, mais lui a accordé une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15%.

C.

Sur recommandation de son service médical régional (SMR), l'Office AI a ordonné une expertise bidisciplinaire (psychiatrique/rhumatologique) auprès du Centre médical B. _____ dont les conclusions ont été livrées le 16 avril 2020. A cette appréciation interdisciplinaire était joint un rapport du 11 décembre 2019 recueilli par le Centre médical B. _____ et établi à l'attention du généraliste traitant par un centre neurologique au sein duquel l'assuré avait séjourné du 18 octobre au 16 novembre 2019. Par préorientation du 7 septembre 2020, l'Office AI a informé l'intéressé du fait qu'il envisageait de rejeter sa demande AI au motif que les handicaps présents étaient compatibles avec une activité adaptée à plein temps et ne généraient pas une invalidité d'au moins 40% (degré d'invalidité de 10%). Ce prononcé provisoire étant demeuré incontesté, le même office a rendu le 20 octobre 2020 une décision formelle en tous points identique à celui-ci.

D.

Par recours non daté, posté le 20 novembre 2020 et réceptionné le 23 novembre 2020 par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), l'assuré a contesté la décision AI du 20 octobre 2020 en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans sa réponse du 1^{er} février 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité, ainsi qu'à ce que le recourant supporte les frais de procédure et ne se voie pas allouer de dépens. A cette prise de position étaient notamment joints des rapports du SMR des 30 décembre 2020 et 21 janvier 2021, ainsi qu'un rapport médical relatif à une opération au genou gauche pratiquée le 7 janvier 2021. Après avoir fait traduire par l'Office AI les rapports du SMR, le TA a offert la possibilité au recourant de s'exprimer à leur sujet. A défaut d'une réaction de ce dernier, l'échange d'écritures a été clos le 19 mars 2021.

En droit:

1.

1.1 La décision du 20 octobre 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une telle rente.

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

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

1.4 Le 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 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). D'après 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.

2.2 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). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 137 V 210 c. 1.3.4, 135 V 465 c. 4.4, 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2019 IV n° 40 c. 3, 2018 IV n° 27 c. 4.2.2).

2.3 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais

a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

3.

3.1 L'Office AI a estimé que l'assuré était en mesure d'exercer à temps complet une activité légère en position assise de préférence, excluant le port fréquent de charges au-delà de 5 kg et celui occasionnel de charges de plus de 10 kg, de même que les positions en porte-à-faux ou accroupie. Ce profil d'activité, qui exclut la poursuite de l'ancienne activité de manutentionnaire et de vendeur, a été défini sur la base de l'expertise du Centre médical B._____ du 16 avril 2020. Selon l'intimé, qui s'est appuyé pour l'affirmer sur l'avis de son SMR, cette appréciation n'est pas remise en cause par les pièces médicales jointes au recours. De son avis, il en va de même quant à l'opération subie le 7 janvier 2021 par l'assuré au genou gauche, laquelle n'aurait entraîné qu'une incapacité de travail transitoire de trois mois (opération dont l'Office AI a été informé à l'occasion d'un rapport AI recueilli auprès d'un centre orthopédique cité dans le recours). En procédant à une comparaison de revenus avec et sans handicap fondés sur les statistiques, l'intimé a évalué à 10% le degré d'invalidité du recourant.

3.2 De son côté, l'assuré conteste l'expertise du Centre médical B._____ si tant est, selon ses termes, qu'on puisse "appeler ça comme une expertise" et déplore le fait que son généraliste traitant n'ait jamais été contacté dans le cadre de celle-ci. Il invoque des problèmes médicaux d'ordre psychique et somatique, moyennant sur ce second plan des restrictions au genou et au pied gauches qui l'entraveraient dans ses "déplacements au quotidien avec un handicap aussi bien assis que debout". Il indique avoir bénéficié d'une infiltration au pied gauche et demeurer dans l'attente d'une opération pour celui-ci de même que pour son genou gauche (l'opération à ce dernier a eu lieu le 7 janvier 2021, après le dépôt de son recours). Le recourant invoque au surplus une altération de sa concentration du fait d'une forte médication antalgique qui l'empêcherait par ailleurs aussi de conduire. Il reproche à l'intimé de n'avoir

pas contacté un employeur potentiel qui lui offrait de faire un essai à 30% dans un emploi adapté à son handicap.

3.3 En procédure de recours, l'assuré a produit un rapport médical établi le 20 novembre 2020 par son généraliste traitant (dossier recourant [dos. rec.] 8). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, le certificat médical précité est certes postérieur d'un mois à la décision attaquée. A mesure toutefois qu'il permet certaines déductions quant à la situation qui prévalait avant le prononcé de celle-ci, il y aura lieu d'en tenir compte dans l'appréciation des preuves (c. 4.1.1 et 6 infra).

4.

Les principales sources suivantes au dossier de l'intimé se prononcent sur la situation médicale et la capacité de travail offerte.

4.1 Plusieurs médecins et spécialistes ont d'abord été consultés dans le cadre du suivi régulier du recourant.

4.1.1 Ensuite de son accident survenu le 18 juillet 2017, l'assuré s'est rendu le même jour chez son généraliste traitant. Un bilan radiologique au niveau lombo-sacré réalisé le 21 juillet 2017 a mis en évidence une fracture par tassement du plateau supérieur de L1 avec perte de la hauteur du corps vertébral de moins de la moitié au niveau antérieur. Dans un rapport AI daté du 31 janvier 2018, le généraliste du recourant a diagnostiqué une discopathie L4-5 et L5-S1 avec neuroforamentose influençant négativement la capacité de travail depuis le 18 juillet 2017 et, sans répercussions sous l'angle de celle-ci et remontant à 2016, un syndrome métabolique avec surcharge pondérale (BMI 32.45), une broncho-pneumonie chronique obstructive (BPCO) sur tabagisme et une gonarthrose droite. Il a décrit des épisodes de poussées douloureuses

autoévaluées jusqu'à 8-9 sur une échelle de la douleur de 0 à 10 et a mentionné une prescription d'antalgique opioïde (en réserve). Au titre des restrictions encourues ont été énumérés, dans son appréciation, des troubles lors des déplacements ainsi qu'au moindre effort physique susceptible de déclencher la douleur. Ce médecin a admis une incapacité de travail entière dès le 18 juillet 2017 dans l'emploi usuel, mais a estimé que des mesures médicales étaient aptes à réduire les restrictions encourues, sans déterminer toutefois l'ampleur de cette potentielle amélioration. Dans des certificats médicaux datés des 17 juillet 2019 et 20 novembre 2020, il a attesté une incapacité de travail entière de durée indéterminée depuis 2019 "en rapport avec l'accident du 18.07.17 ayant provoqué une fracture-tassement d'une vertèbre lombaire ainsi qu'une contusion du coccyx". A l'appui de son second certificat (produit devant le TA), il a en outre fait état d'une gonarthrose gauche et d'une arthrose de la cheville gauche, à raison desquelles des opérations avaient été planifiées en octobre 2020 et repoussées en raison de la covid-19. Il en a conclu que son patient était toujours "en capacité totale de travailler".

4.1.2 En raison de la persistance de ses maux, l'assuré a bénéficié dès le 21 août 2017 d'un suivi neurochirurgical auprès d'un centre du dos. Lors de cette prise en charge, qui s'est étendue jusqu'au 26 février 2018, le spécialiste consulté a diagnostiqué un syndrome douloureux lombosacré et lombo-radiculaire chronique persistant accentué à droite en présence d'un status après une fracture par tassement du corps vertébral de L1. Le traitement conservateur instauré a consisté en des infiltrations facettaires lombaires et épidurales à base de stéroïdes. Le spécialiste consulté a ordonné une imagerie par résonance magnétique (IRM), pratiquée le 16 octobre 2017, dont le résultat a révélé des modifications dégénératives modérées sans indices d'une hernie compressive ou d'une sténose.

4.1.3 Pendant sa prise en charge assécurologique auprès de la Suva, l'assuré a été examiné une première fois le 19 février 2018 par un médecin-conseil de celle-ci. Dans un rapport daté du même jour, ce médecin interniste a diagnostiqué une fracture-tassement du corps vertébral de L1 avec légère diminution de la hauteur du corps vertébral et un syndrome douloureux chronique lombo-vertébral bilatéral dans un contexte de

troubles dégénératifs pluri-étagés au niveau lombo-sacré, une surcharge pondérale importante, une BPCO sur tabagisme, une gonarthrose droite et une hypertension artérielle. Une prise en charge médicale globale était recommandée au sein de la clinique C._____, laquelle a eu lieu du 27 mars au 2 mai 2018. A l'issue de ce séjour, la clinique C._____ a quant à elle conclu à l'exigibilité d'une activité n'impliquant pas de port répété de charges supérieures à 5-10 kg ni de position prolongée du tronc en porte-à-faux. Ce profil a été confirmé lors d'un bilan de l'appareil locomoteur pratiqué le 12 juin 2018 à la clinique C._____. A l'issue d'un nouvel examen médical en date du 3 septembre 2018, le médecin-conseil de la Suva a confirmé, le même jour, ses précédents diagnostics ainsi que les exigences définies antérieurement. S'agissant des seules suites somatiques de l'événement du 18 juillet 2017, il a considéré que la situation était en l'état stabilisée vu la consolidation de la fracture de L1. Il a souligné plusieurs incohérences constatées lors de son examen clinique.

4.1.4 Le recourant a été suivi dès le 15 mai 2018 par un médecin psychiatre ainsi qu'un psychologue dans le cadre d'une psychothérapie déléguée par ledit médecin. Après s'être prononcé le 20 juillet 2018 à l'attention de la Suva sur la situation de son patient, le psychiatre traitant a livré le 11 février 2019 son appréciation à l'AI en diagnostiquant, au sens de la CIM-10 et avec influence sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère avec syndrome somatique (F32.11) dans les suites post-traumatiques et un tableau douloureux post-traumatique. A titre de limitations fonctionnelles, ce médecin a évoqué une grande asthénie, une perte de motivation, un trouble de la concentration et des douleurs invalidantes. De son avis, ces restrictions faisaient obstacle en l'état à une réadaptation ainsi qu'à une quelconque activité lucrative, une incapacité de travail continue entière étant attestée depuis juillet 2017 dans l'activité usuelle. Le même spécialiste a émis un pronostic défavorable vu l'absence d'amélioration clinique, en dépit d'un suivi régulier, des symptômes dépressifs et du tableau algique. Dans un ultime rapport AI du 23 mai 2019, il a fait état d'une hospitalisation de son patient depuis le 13 (recte: 12) mars 2019 au sein d'un établissement psychiatrique et a invité l'intimé à se renseigner auprès de ce dernier sur l'état de santé. Dans la lettre de sortie du 20 juin 2019 adressée au psychiatre traitant consécutivement à ce

séjour, qui s'est prolongé jusqu'au 7 juin 2019, l'établissement précité a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (CIM-10: F32.1) et a évoqué une normalisation en cours de séjour de la labilité affective obtenue, notamment, par une adaptation de la psycho-pharmacopée.

4.1.5 Dès le 20 mars 2019, le recourant a bénéficié d'une prise en charge auprès d'un centre de la douleur d'un hôpital universitaire, lequel a fait état de douleurs thoraco-lombaires chroniques liées à une problématique myofasciale marquée ayant elle-même débuté en juillet 2017 et étant associée à des irradiations dans les jambes (sans rapport avec un dermatome). Diverses mesures sur les plans médicamenteux, psychothérapeutique et psychiatrique ont été préconisées en vue d'endiguer le processus douloureux, des réserves ayant toutefois été formulées quant à leur succès vu le positionnement du patient face à la maladie axé sur une compréhension purement mécanique de celle-ci (qui n'avait pas lieu d'être ici) et un déconditionnement prononcé peu propice à une réintégration régulière du marché du travail. L'assuré a par ailleurs été hospitalisé du 18 octobre au 16 novembre 2019 auprès du même établissement universitaire au sein d'un centre neurologique axé sur la médecine psychosomatique. Après une prise en charge sur les plans psychologique, physiothérapeutique et ergothérapeutique complétée par une adaptation de la médication et divers bilans radiologiques, les spécialistes consultés ont confirmé le diagnostic mis en évidence par le centre de la douleur et attesté au surplus de la présence, à titre également principal, d'un trouble neurologique fonctionnel ainsi que d'épisodes dépressifs récidivants, épisode actuellement léger. Un rapport de sortie a été établi le 11 décembre 2019 à l'attention du généraliste traitant.

4.1.6 A compter d'août 2020, le recourant a consulté deux spécialistes au sein d'une clinique orthopédique d'un centre hospitalier, le premier pour une problématique d'arthrose talo-naviculaire gauche avancée et le second à raison d'une gonarthrose bilatérale accentuée à gauche. La problématique au pied gauche a donné lieu à une infiltration talo-naviculaire en date du 7 septembre 2020, tandis que la seconde affection a nécessité l'implantation d'une prothèse au genou gauche le 7 janvier 2021

(opération d'abord planifiée pour le 29 octobre 2020, mais reportée en raison de la pandémie liée à la covid-19).

4.2 Une expertise bidisciplinaire a par ailleurs été ordonnée par l'AI sur les plans rhumatologique et psychiatrique.

4.2.1 L'experte rhumatologue a diagnostiqué en date du 16 avril 2020, à l'issue de son examen ayant eu lieu le 11 février 2020, des lombalgies persistantes après une fracture-tassement du plateau supérieur de L1 avec des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire. Elle a considéré que la fracture était à ce jour entièrement consolidée et ce, au plus tard six mois à compter de l'accident survenu le 18 juillet 2017. S'interrogeant sur certains troubles non spécifiques (de l'équilibre, de la marche) observés chez l'assuré de même que sur des douleurs invoquées au pied gauche en dépit d'une activité physique rapportée quotidiennement par celui-ci, cette spécialiste a écarté toute incohérence manifeste et a privilégié des phénomènes d'autolimitation. Excepté pour la période du 18 juillet au 31 octobre 2017 (s'agissant d'un emploi adapté) ou au 31 décembre 2017 (dans l'emploi usuel), elle a attesté une capacité de travail résiduelle de 70% dans l'emploi usuel et de 100% dans une activité s'exerçant idéalement en position assise et excluant le port fréquent de charges au-delà de 5 kg ainsi que celui occasionnel de charges de plus de 10 kg, de même que les positions en porte-à-faux et la station accroupie.

4.2.2 Dans son rapport d'expertise uni-disciplinaire du 16 avril 2020 fondé sur un examen réalisé le 5 mars 2020, l'expert psychiatre, sans en spécifier les répercussions cas échéant données sous l'angle de la capacité de travail, a quant à lui admis l'existence d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10: F33.4), de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, utilisation continue sur prescription médicale (CIM-10: F19.25), ainsi que de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (CIM-10: Z60.0). S'agissant plus spécifiquement du trouble dépressif, ce spécialiste a fait état d'une accentuation dès 2018 de la composante psychique jusqu'alors en arrière-plan dans le tableau clinique douloureux et ayant entretemps nécessité une hospitalisation en unité psychiatrique (du 12 mars au 7 juin 2019). Il a admis une concordance entre les descriptions cliniques des

médecins ayant suivi l'assuré lors de cette prise en charge stationnaire et le psychiatre traitant, quand bien même le diagnostic retenu par les médecins hospitaliers était celui d'un épisode dépressif moyen (et non sévère). L'expert a souligné que les symptômes dépressifs se sont nettement améliorés sous médication adéquate, ainsi que l'avaient également constaté les médecins lors de cette même hospitalisation ainsi que ceux consultés lors de la prise en charge dans une unité de médecine psychosomatique à fin 2019. De son avis, il existait une bonne concordance entre les constatations des médecins hospitaliers, l'amélioration décrite subjectivement par le patient et ses propres observations cliniques en tant qu'expert. Sur ces bases, il a rétroactivement admis une période de perturbation psychique significative entre le 20 juillet 2018 (début prétendument des consultations psychiatriques, voir toutefois c. 5.3 infra) et fin novembre 2019 (sortie du centre neurologique); selon lui, l'évolution apparaissait à ce point positive et stabilisée sous médication adéquate que l'état dépressif pouvait être désormais considéré comme en rémission. Pour le surplus, cet expert a fait état de ressources relativement bonnes sur les plans personnel, cognitif et social. Il en a conclu qu'excepté du 20 juillet 2018 à fin novembre 2019, le recourant disposait d'une capacité de travail intacte dans n'importe quel type d'emploi.

4.2.3 Dans leur évaluation consensuelle du 16 avril 2020, les experts psychiatre et rhumatologue mandatés au sein du Centre médical B._____ ont retenu à titre de diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10: F33.4), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, utilisation continue sur prescription médicale (CIM-10: F19.25), des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (CIM-10: Z60.0), ainsi que des lombalgies persistantes suite à une fracture-tassement du plateau supérieur de L1 avec des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire. Le profil d'exigibilité décrit dans l'expertise rhumatologique (c. 4.2.1 supra) a été repris tel quel dans l'appréciation de consensus, à l'appui de laquelle était en outre précisé que l'assuré ne présentait plus aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique depuis sa dernière hospitalisation auprès d'un centre neurologique (à fin 2019). Après une

évaluation des ressources personnelles jugées bonnes et un contrôle de la cohérence des plaintes en soi reconnue, les experts ont livré leur appréciation quant aux aptitudes de travail résiduelles offertes. En référence tout d'abord à l'emploi usuel exercé, ils ont nié toute capacité de travail du 20 juillet 2018 à fin novembre 2019 en raison des limitations induites par l'affection psychique, puis ont attesté un pensum résiduel de travail d'au maximum 70% du fait du caractère astreignant de cet ancien poste de travail. Livrant ensuite leurs conclusions en référence à une activité idéalement profilée, ils ont admis une capacité de travail intacte excepté durant la période du 18 juillet au 31 octobre 2017 où toute capacité de travail a été niée en raison des suites accidentelles.

4.3 Le SMR, après avoir recommandé la mise en œuvre de l'expertise bidisciplinaire réalisée en février et mars 2020, s'est prononcé le 30 décembre 2020, par l'entremise d'un médecin spécialisé en médecine psychosomatique et psychothérapie, sur le point de savoir si les nouveaux documents médicaux produits à l'appui du recours rendaient compte d'une évolution déterminante de la situation médicale depuis ladite expertise. Si cette conclusion a été clairement réfutée sous l'angle psychique, une péjoration a en revanche été reconnue sur le plan somatique en raison d'une gonarthrose bilatérale prépondérante à gauche pour laquelle une indication chirurgicale avait été posée, ainsi qu'en égard à la présence d'une arthrose avancée de l'articulation astragalo-scaphoïdienne gauche dont les symptômes avaient pu être améliorés par des infiltrations mais nécessitaient un traitement chirurgical. De l'avis du SMR, l'évolution orthopédique depuis l'expertise interdisciplinaire d'avril 2020 justifiait un taux élevé d'incapacité de travail et il apparaissait opportun de recueillir une appréciation actualisée des spécialistes traitants. En date du 21 janvier 2021, après avoir pris connaissance du rapport opératoire du 7 janvier 2021 relatif au genou gauche, le médecin du SMR, de concert avec un confrère orthopédiste consulté au sein du même service médical, a estimé qu'en dehors d'une période de convalescence de trois mois après cette opération, le profil d'exigibilité défini par le Centre médical B. _____ dans son rapport final était adapté à une capacité de charge diminuée au niveau du genou gauche et qu'il était en l'état partant toujours valable.

5.

L'assuré conteste le caractère probant des conclusions bidisciplinaires (psychiatriques/rhumatologiques) qui servent de fondement à la décision de l'intimé.

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

5.2 En l'espèce et quant à leur forme, les expertises uni-disciplinaires du 16 avril 2020, qui sous-tendent les conclusions interdisciplinaires rendues le même jour, répondent de prime abord aux exigences posées par la jurisprudence relativement à la valeur probante des documents médicaux (c. 5.1 supra). Les qualifications des experts en médecine rhumatologique et psychiatrique ne sauraient être mises en doute. Après avoir rappelé le contexte dans lequel ont eu lieu leurs investigations spécialisées, à savoir celui d'une évaluation médicale initiale par les organes de l'AI, les experts ont listé de manière détaillée les avis médicaux au dossier et dressé un état minutieux des plaintes au terme d'un entretien reconstituant à la fois des indications spontanées de l'assuré et des informations complémentaires obtenues par eux sur un questionnement ciblé autour de diverses thématiques (affection actuelle; éléments d'anamnèse systématique, familiale/héréditaire, professionnelle, sociale; déroulement des journées et loisirs; perspectives d'avenir; discussions des éléments d'inconsistance au dossier AI). Leurs examens cliniques pratiqués, respectivement les 11 février et 5 mars 2020, s'articulent autour de paramètres d'investigations précis et ont été complétés par des examens de laboratoire/radiologie, ainsi que par des données médicales complémentaires recueillies auprès de certains médecins traitants (voir le

rapport de sortie du 11 décembre 2019 relatif à l'hospitalisation dans un centre neurologique évoqué au c. 4.1.5 supra). Les résultats des observations consignés dans les rapports relatifs à ces examens spécialisés ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier et sous-tendent par ailleurs tant l'évaluation diagnostique que l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail livrées à leur issue. Sous l'angle de cette dernière, les conclusions des experts apparaissent étayées et ne laissent pas soupçonner a priori de lacunes lors de leur genèse. Si ce constat vaut sans conteste pour les rapports d'expertise émergeant à leurs spécialités respectives, tel n'est toutefois pas sans réserve le cas quant à l'évaluation consensuelle refermant ces investigations uni-disciplinaires et censée en unifier les tenants dans une appréciation finale intégrant l'ensemble des limitations fonctionnelles objectivées. Conformément à ce qui suit, cette évaluation de consensus prête en effet le flanc à plusieurs critiques.

5.3 Sous l'angle psychique tout d'abord, l'on relève ainsi que l'appréciation interdisciplinaire du Centre médical B._____ se distancie des conclusions de l'expert psychiatre rendant compte des fluctuations de l'état de santé et des répercussions qui en découlent du point de vue de la capacité de travail pour l'entier de la période couverte par la présente contestation - à savoir du 1^{er} juillet 2018 (échéance, d'une part, du délai d'attente d'une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année depuis juillet 2017 [voir notamment c. 4.1.4 supra] et, d'autre part, du délai de carence de six mois à compter du dépôt de la demande AI en janvier 2018; art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI) au 20 octobre 2020 (prononcé de la décision contestée). Comme esquissé déjà ci-avant (c. 4.2.3 supra), les tenants de cette évaluation consensuelle révèlent en effet que la période d'incapacité de travail attestée du 20 juillet 2018 à fin novembre 2019 sur le plan psychique n'a été prise en compte dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle qu'en lien avec l'emploi usuel exercé et non aussi, en sus, par rapport à l'activité profilée idéale définie sur le plan rhumatologique. Si l'expert psychiatre n'a, certes, explicitement mentionné cette période d'incapacité de travail qu'en référence à l'emploi usuel, c'est selon toute logique parce qu'il a attesté à l'issue de son examen d'exigibilités professionnelles demeurées intactes sur le plan psychique

dans tout type d'activité (excepté durant la période d'incapacité de travail mentionnée plus haut). Dans cette mesure, l'esquisse des caractéristiques d'une activité de référence cas échéant mieux adaptée aux handicaps que l'emploi usuel, de même que la restitution de l'évolution de la capacité de travail offerte dans une telle activité s'avéraient de prime abord superflues. En tout état de cause, ce spécialiste a néanmoins précisé sans équivoque à l'attention de l'intimé que l'état de santé psychique de l'assuré s'était notablement péjoré entre le 20 juillet 2018 et fin novembre 2019 et que celui-ci s'était tout aussi significativement amélioré depuis lors. L'une des (deux) questions de l'intimé relatives à ces modifications et à leurs répercussions sur la capacité de travail faisait du reste indistinctement référence à l'emploi antérieur exercé ainsi qu'à une activité idéalement adaptée (voir ch. 8.4 de l'expertise psychiatrique). Il est par ailleurs vrai que plusieurs éléments médicaux au dossier semblent corroborer la période transitoire d'incapacité de travail attestée dans l'expertise psychiatrique, même si certaines inexactitudes factuelles sont d'emblée à déplorer toutefois à ce sujet. Ainsi, s'il n'apparaît pas de prime abord infondé de faire coïncider le début de cette période de maladie avec celui du suivi instauré auprès d'un médecin psychiatre (et d'un psychologue par délégation de thérapie), il s'avère en revanche erroné de fixer le commencement de cette prise en charge médicale au 20 juillet 2018. Cette date correspond en effet à celle à laquelle a été rédigé par le psychiatre traitant un rapport à l'attention de la Suva, et non au début du suivi initié chez ce médecin et qui remonte quant à lui au 15 mai 2018 (c. 4.1.4 supra). Pour le surplus, l'évolution de la maladie rapportée par l'expert psychiatre du Centre médical B. _____ semble recouper les observations rendues lors de la première hospitalisation du 12 mars au 7 juin 2019 attestant de la culminance, à cette époque-là, des symptômes dépressifs, respectivement les constatations émises à l'issue de la seconde prise en charge stationnaire du 18 octobre au 16 novembre 2019 rendant compte d'une amélioration durable de ces mêmes symptômes dépressifs.

5.4 Néanmoins, en dépit de ce qui précède, il demeure que le dossier atteste à maints endroits de la présence de facteurs d'autolimitation, voire d'exagération, chez le recourant susceptibles en tant que tels d'affaiblir ou même de faire vaciller l'appréciation de l'incapacité de travail attestée sous

l'angle psychique dans le cadre de l'évaluation bidisciplinaire du Centre médical B._____. Selon la pratique en vigueur, une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'AI n'est en effet reconnue que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aux motifs d'exclusion, si bien qu'il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 141 V 281 c. 2.2 et 2.2.1, SVR 2016 IV n° 25 c. 6). Certes, le dossier de la cause ne permet pas de conclure d'emblée que les limites posées par la pratique pour qualifier un comportement de simplement ostensible ont été ici dépassées et que l'atteinte (temporaire) à la santé psychique diagnostiquée ne doive pas être considérée comme pertinente du point de vue de l'AI (quand bien même celle-ci remplirait les critères de classification d'un trouble psychique). En tout état de cause, ce même dossier laisse néanmoins entrevoir plusieurs indices de discordance entre les douleurs décrites par le recourant et l'anamnèse ou le comportement observé par les médecins, à raison desquels indices une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie ne peuvent être exclues avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2). A l'appui de son appréciation initiale du 20 février 2018 (certes ciblée sur les séquelles somatiques d'origine accidentelle, mais néanmoins aussi restitutive du ressenti psychique et du comportement de l'assuré), le médecin-conseil de la Suva a ainsi tout d'abord fait état chez le recourant d'"une certaine hyper-réaction lors de l'examen clinique et [de] la manière très répétitive [de celui-ci] d'évoquer la douleur durant tout l'entretien" (dossier intimé [ci-après: dos. int.] 22.8/6). Il a par la suite énuméré plusieurs incohérences constatées à son examen clinique du 3 septembre 2018 (en particulier, des douleurs vives signalées dans le dos lors de la palpation des apophyses "même avant de toucher le patient", des hyperréactivités gestuelle et verbale dont certaines, de l'aveu même de ce dernier, n'étaient pas en lien avec une douleur; dos. int. 37.6/6). La clinique C._____ de son côté, bien que niant avoir constaté le moindre signe d'incohérence lors de la prise en charge stationnaire de l'assuré au printemps 2018, a mis en évidence des phénomènes d'autolimitation chez ce dernier qui sous-estimait son niveau d'activité potentiel (dos. int. 30.2/5). Enfin, l'experte

rhumatologue du Centre médical B._____, quoi qu'elle ait écarté à l'instar de son confrère psychiatre tout indice d'incohérence, s'est néanmoins étonnée du fait que le recourant invoquait des douleurs importantes au pied gauche tout en rapportant à d'autres moments de l'examen (qui s'était d'ailleurs avéré, selon elle, "tout à fait normal" sur ce plan) être en mesure de marcher deux fois par jour entre 30 minutes et une heure (dos. int. 91.2/22; 91.2/25). Or, l'Office AI n'a nullement appréhendé ces éléments de discordance ou de possible exagération des maux en tant que motifs d'exclusion d'une atteinte à la santé psychique.

5.5 Sur le plan somatique ensuite, l'évaluation consensuelle du Centre médical B._____ prête également le flanc à la critique, à mesure que ses conclusions finales ne font nulle mention de l'incapacité de travail à 100% attestée sous l'angle rhumatologique du 18 juillet au 31 décembre 2017 dans l'emploi usuel exercé. Certes, cette incapacité de travail n'a aucune portée en tant que telle au cas d'espèce, puisqu'elle est antérieure à la période de rente potentiellement couverte par l'objet de la contestation (à savoir du 1^{er} juillet 2018 au 20 octobre 2020; c. 5.3 supra). Sous peine de se voir reprocher une appréciation lacunaire et insuffisante, les experts se devaient toutefois d'en faire mention dans le cadre de leurs conclusions finales communes. A cela s'ajoute le fait qu'à un degré de vraisemblance prépondérante, le volet rhumatologique de cette appréciation bidisciplinaire étayé par un examen clinique réalisé le 11 février 2020 ne pouvait être d'emblée considéré comme toujours valable à l'époque où l'intimé a rendu sa décision contestée du 20 octobre 2020. Ainsi qu'il en ressort de ses conclusions rendues le 30 décembre 2020 (c. 4.3 supra), le SMR a en effet admis la survenance après l'expertise d'avril 2020 d'une détérioration orthopédique imputable à des problématiques de gonarthrose bilatérale prépondérante à gauche et d'arthrose avancée de l'articulation astragalo-scaphoïdienne gauche. A la même époque, il a de plus souligné que cette péjoration physique constatée depuis l'expertise précitée justifiait un taux élevé d'incapacité de travail. Certes, ces conclusions rendues par l'entremise d'un spécialiste en médecine psychosomatique et en psychothérapie ont été quelque peu nuancées le 21 janvier 2021 après que le SMR, fort d'une appréciation recueillie le même jour auprès d'un médecin orthopédiste du même service, a affirmé que la capacité de travail

offerte dans l'emploi usuel n'est grevée qu'à compter de l'opération pratiquée le 7 janvier 2021 au genou gauche et ce, pour une durée de trois mois à partir de celle-ci - le profil d'exigibilité défini par le Centre médical B. _____ en avril 2020 conservant sinon toute sa validité d'après le SMR. En tout état de cause, cette nouvelle appréciation médicale est assortie à la réserve expresse d'une évolution post-opératoire favorable, nullement vérifiée en l'espèce, si bien que les conclusions originelles du SMR attestant d'une incapacité de travail importante dès avant l'intervention chirurgicale du 7 janvier 2021, cas échéant donc pendant la période couverte par l'objet de la présente contestation, ne peuvent être d'emblée écartées. Ce constat s'impose à plus forte raison que cette opération a été d'abord planifiée pour le 29 octobre 2020 puis reportée en raison du coronavirus, et qu'il n'est pas exclu partant que la situation clinique qui prévalait à ce moment-là influençait depuis un temps déjà les aptitudes fonctionnelles du recourant. Or, en application de l'art. 88a al. 2 RAI, un tel changement médical (négatif) pouvait influencer au cas particulier le droit à la rente s'il était antérieur au 20 juillet 2020, à savoir s'il durait depuis trois mois au moins lorsque l'intimé a rendu sa décision contestée du 20 octobre 2020. On ne saurait par ailleurs passer sous silence le fait que, de l'avis originel du SMR, la seconde problématique orthopédique au pied gauche grevait, elle aussi, les aptitudes résiduelles de travail depuis l'évaluation bidisciplinaire et qu'elle a ainsi pu contribuer à fonder ou à augmenter (cas échéant temporairement) une invalidité potentiellement déterminante pendant la période ici concernée. Or, l'intimé ne s'est nullement prononcé sur l'ensemble de ces aspects.

6.

Il suit de ce qui précède que l'état de fait médical s'avère insuffisamment éclairci tant d'un point de vue psychique que somatique. L'intimé, en s'appuyant dans sa décision litigieuse sur l'expertise bidisciplinaire établie le 16 avril 2020 sur son mandat, a violé le principe d'instruction d'office (c. 2.3 supra). Les autres appréciations médicales au dossier ne permettent par ailleurs pas de pallier ces lacunes d'instruction - les conclusions spécialisées des médecins orthopédistes consultés par l'assuré ne se

prononçant aucunement sur les aptitudes de travail offertes à ce dernier et celles émanant du généraliste traitant comportant plusieurs inexactitudes ou inadvertances (certificats médicaux des 17 juillet 2019 et 20 novembre 2020 attestant d'une incapacité de travail entière depuis 2019 alors qu'une telle incapacité de travail a été admise en continu depuis le 18 juillet 2017 dans le rapport médical AI de ce médecin du 31 janvier 2018; second certificat médical précité reconnaissant une capacité totale de travailler; voir c. 4.1.1 supra). Pour ces raisons, il se justifie d'annuler la décision querellée et de renvoyer le dossier à l'Office AI en vue d'une instruction médicale complémentaire portant sur l'entier de la période couverte par la présente contestation, eu égard en particulier à l'incapacité de travail attestée sur le plan psychique entre le 20 juillet 2018 (à corriger au 15 mai 2018; voir c. 5.3 supra) à fin novembre 2019 et à l'évolution de la situation sous l'angle orthopédique ensuite de l'expertise rhumatologique réalisée le 11 février 2020. Un droit à une rente, à tout le moins pour une durée déterminée, ne peut être en effet ni établi ni exclu à l'aune de la vraisemblance prépondérante. Une fois en possession de ces nouvelles données médicales, l'intimé procédera à une nouvelle estimation de l'invalidité sur cette base médico-théorique consolidée, laquelle tiendra compte de l'évaluation médicale et de son évolution, ainsi que de l'exigibilité de la mise à profit des capacités fonctionnelles résiduelles de l'assuré sur le marché du travail. Au cas particulier, le renvoi de la cause à l'intimé se justifie pleinement dès lors qu'il touche à des points litigieux qui n'ont pas été suffisamment, voire même pas du tout, investigués en procédure administrative (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4). Vu l'issue de la procédure, il s'avère superflu d'examiner plus avant les autres griefs avancés dans le recours (voir c. 3.2 supra).

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 Bien qu'il obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, pas même en la forme d'une indemnité de partie, au recourant qui n'est pas représenté en justice et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPG; art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne 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. Il n'est pas alloué de dépens, ni d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La 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).