

**200.2021.316.AI**  
N° AVS A. \_\_\_\_\_  
BCE/EGC

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

**Jugement du 30 décembre 2021**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges  
C. Wagnon-Berger, greffière

**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 8 avril 2021



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1979, marié et père de deux enfants mineurs (nés en 2005 et 2019), est au bénéfice d'une formation professionnelle de plâtrier. Il a travaillé en dernier lieu dans cette profession jusqu'au 19 novembre 2013, date à laquelle une incapacité de travail totale a été certifiée médicalement. L'intéressé a mis un terme à son contrat de travail pour des raisons de santé en décembre 2013. Dès février 2014, il a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage (AC), puis a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes le 11 septembre 2014 motivée par des problèmes cardiaques dus à une hypertension et par des crises d'angoisse existant depuis juin 2013. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite en requérant notamment des informations auprès des médecins traitant, du dernier employeur de l'assuré, ainsi qu'auprès de son Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Sur conseils de ce dernier, l'Office AI Berne a diligenté une expertise pluridisciplinaire, puis a rendu une préorientation le 14 avril 2016 niant tout droit de l'assuré à une rente d'invalidité (compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%). Le 23 mai 2016, l'assuré a formulé des objections contre le préavis précité, complétées le 7 mars 2017 par une juriste d'une fondation d'entraide et informations pour personnes handicapées.

**B.**

Après avoir recueilli de nouvelles données médicales, notamment auprès de son SMR et statué sur une demande de mesures professionnelles, l'Office AI Berne a organisé une deuxième expertise pluridisciplinaire (couvrant les domaines de la médecine interne, neuropsychologie, psychiatrie, rhumatologie et orthopédie), dont les conclusions ont été rédigées dans une évaluation consensuelle du 21 janvier 2020. Les volets psychiatrique et neuropsychologique de cette dernière expertise ayant été

jugés non probants par l'Office AI Berne, celui-ci a organisé une nouvelle expertise bidisciplinaire dans ces deux domaines.

**C.**

S'appuyant sur cette dernière expertise, dont l'évaluation consensuelle a été rendue le 1<sup>er</sup> septembre 2020, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il projetait de lui accorder le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps entre le 1<sup>er</sup> août et le 30 novembre 2019 et de lui refuser pour le surplus le droit à une rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%, à savoir pour les périodes entre le 10 décembre 2014 et le 31 juillet 2019 et dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019 (préorientation du 18 novembre 2020 remplaçant celle du 14 avril 2016). En dépit des objections déposées le 6 janvier 2021 par l'assuré, toujours représenté par la même mandataire, l'Office AI Berne a confirmé le prononcé précité dans une décision du 8 avril 2021.

**D.**

L'assuré a interjeté recours le 1<sup>er</sup> mai 2021 contre la décision de l'Office AI Berne du 8 avril 2021 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Cet acte a été complété le 19 juillet 2021 par un nouveau mandataire professionnel d'un autre organisme d'utilité publique. Dans son recours, l'assuré a conclu principalement à l'annulation de la décision du 1<sup>er</sup> août 2021 (recte: 8 avril 2021) et à l'octroi des prestations auxquelles il a droit, à savoir une rente entière non limitée dans le temps, à tout le moins depuis juin 2017 ainsi que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité précédente pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, le tout avec suite de frais et dépens. Dans son mémoire de réponse du 17 août 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, avec suite de frais et dépens. Le mandataire de l'assuré a encore transmis sa note d'honoraires le 25 août 2021.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'intimé du 8 avril 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et octroie au recourant le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps entre le 1<sup>er</sup> août et le 30 novembre 2019 et rejette pour le surplus tout droit à une rente. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente d'invalidité entière non limitée dans le temps ainsi que, subsidiairement, le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Sont particulièrement contestées par le recourant les données médicales prises en compte par l'Office AI Berne pour l'évaluation de la capacité de travail, en particulier l'expertise bidisciplinaire du 1<sup>er</sup> septembre 2020 que le recourant juge insuffisante et contraire aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2020.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

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

**2.3** Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie, car dans un tel cas, une modification notable de la situation influençant le droit à la rente est intervenue encore avant le prononcé de la première décision de rente et doit conséquemment être prise en considération dans cette décision. En cas d'octroi rétroactif d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, les bases temporelles déterminantes pour la comparaison sont, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, le moment de la modification du droit, à fixer en fonction du délai de trois mois au sens de l'art. 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; ATF 133 V 263 c. 6.1; SVR 2019 IV n° 2 c. 2).

**2.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

**2.5** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des 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 sa décision et sa réponse au recours, l'Office AI Berne se réfère aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire de septembre 2020 s'agissant des volets psychiatrique et neuropsychologique, ainsi que sur l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2020 s'agissant des volets rhumatologique et orthopédique. Sur ces bases, il retient que l'assuré est capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée, à l'exception de la période allant du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2019 pour laquelle il reconnaît une incapacité totale de travailler. Après avoir procédé à une comparaison des revenus, l'intimé conclut que la perte de gain qui en résulte engendre un taux d'invalidité de 30% entre le 10 décembre 2014 et le 12 mai 2019, de 100% entre le 13 mai et le 12 août 2019 et de 29% dès le 13 août 2019. L'Office AI Berne soulève en particulier les incohérences et imprécisions des volets psychiatrique et neuropsychologique de l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2020 pour considérer que cette partie de l'expertise ne peut être jugée comme étant probante, au contraire de l'expertise bidisciplinaire de

septembre 2020. L'intimé retient finalement qu'un abattement supplémentaire à celui de 10% tel qu'accordé ne se justifie pas.

**3.2** Par son recours (et son complément du 19 juillet 2021), l'assuré met principalement en avant les importantes contradictions entre les conclusions des deux expertises diligentées par l'Office AI Berne en janvier et septembre 2020 (volets psychiatrique et neuropsychologique). Pour le recourant, l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2020 répond aux exigences jurisprudentielles et revêt une pleine valeur probante de sorte qu'il convient de se référer à celle-ci, notamment à son évaluation consensuelle, dans laquelle les experts ont retenu une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 27 mars 2017. Le recourant soutient que l'intimé a mandaté une troisième expertise en raison du fait que la seconde était favorable à celui-ci. En tout état de cause, il considère que l'expertise bidisciplinaire de septembre 2020, en particulier son volet neuropsychologique, est insuffisante et non probante. Ainsi, de l'avis de l'assuré, si la valeur probante de la seconde expertise devait être niée, il conviendrait de faire procéder à une quatrième expertise, afin de compléter l'instruction.

#### **4.**

Il ressort du dossier les éléments médicaux principaux suivants:

**4.1** A la suite d'une consultation en urgence le 21 juin 2013 auprès d'un hôpital régional pour des douleurs thoraciques d'origine indéterminée (rapport du 2 juillet 2013; dos. AI 7/12), l'assuré a consulté son généraliste traitant lequel, dans son rapport du 23 septembre 2014, a posé les diagnostics de douleurs thoraciques atypiques et d'angoisses et crise de panique présentes depuis juin 2013. Une hypertension ainsi qu'une obésité ont en outre été mentionnées par le généraliste et celui-ci a attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis le 19 novembre 2013 (dos. AI 7/4). Le 7 décembre 2015, le psychiatre traitant a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation: réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]).

Ont également été mentionnés les diagnostics d'obésité et d'apnée du sommeil (dos. AI 39/3).

**4.2** L'Office AI Berne a mis en place une expertise médicale pluridisciplinaire regroupant les domaines de la médecine interne, la cardiologie ainsi que la psychiatrie, dont les conclusions ont été retranscrites dans une évaluation consensuelle du 29 février 2016 (dos. AI 44.1). Les experts ont retenu les diagnostics d'obésité morbide et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme du système cardiovasculaire (CIM-10 F45.3; dos. AI 44.1/31). Ils ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité et une pleine capacité dans une activité adaptée après le suivi d'une psychothérapie (dos. AI 44.1/34).

**4.3** Des douleurs au genou gauche ont conduit l'assuré à consulter à plusieurs reprises un spécialiste en orthopédie (dos. AI 47/1), lequel a procédé le 7 mars 2016 à une opération par arthroscopie visant une méniscectomie partielle de la portion médiale de la corne postérieure, un débridement cartilagineux fémoro-tibial interne, ainsi qu'une résection de plica infrapatellaire au genou gauche (dos. AI 48/1). Sur recommandation du SMR dans ce sens (demande de perte de poids, voir rapport du 5 avril 2016; dos. AI 49/4), l'assuré s'est soumis à une opération chirurgicale de bypass gastrique le 29 septembre 2016 (dos. AI 79/2).

**4.4** A la suite d'une aggravation de l'état de santé psychique mise en avant par le psychiatre traitant en mars 2017 (dos. AI 90/2; dégradation également mentionnée dans un rapport du 6 septembre 2019 [recte: 2017]; dos. AI 97/2) et devant l'extension des douleurs à d'autres parties du corps que le genou, l'assuré a été hospitalisé dans une clinique universitaire pour la neurologie (décembre 2017 et janvier 2018; dos. AI 106/6 et 106/2), dans un centre de réadaptation psychosomatique (février 2018; dos. AI 114/2) puis a finalement consulté un spécialiste de la douleur en octobre 2018 (dos. AI 123/2). Dans ce cadre, différents diagnostics ont été posés, à savoir notamment celui de syndrome douloureux chronique avec composantes somatique et psychique avec aspect fibromyalgie (dos. AI 103/3; 106/6 et 106/2), de douleurs somatoformes persistantes (CIM-10 F45.4) ou encore de fibromyalgie (dos. AI 123/2). S'agissant du genou

gauche, le spécialiste en orthopédie (voir c. 4.3 ci-dessus) a revu à la consultation son patient (dos. AI 135/6, 135/2, 141/2, 151/14, 151/12) avant de procéder à une ostéotomie tibiale proximale le 13 mai 2019 visant une valgisation par addition interne du genou gauche (dos. AI 151/7).

**4.5** Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée dans les domaines de la médecine interne, la neurologie, la psychiatrie, la rhumatologie et l'orthopédie. Dans leur appréciation générale interdisciplinaire, rédigée le 21 janvier 2020, les experts ont retenu les diagnostics de gonarthrose primaire débutante des deux genoux, prédominant dans les compartiments fémoro-tibiaux internes (CIM-10 M25.5), de status post-ménisectomie interne partielle de la corne postérieure, de status post-ostéotomie tibiale proximale de valgisation par addition interne du genou gauche, de cervico-dorso-lombalgies chroniques d'allure commune, lombopygalgies non déficitaires à gauche évoluant depuis 2012, discopathie L1-L2 (CIM-10 M54.2, 54.5 et 54.9), de status après cure de tendinite de De Quervain du poignet droit en 2006 (CIM-10 M52.2), de probable périarthrite des deux hanches (CIM-10 M77.9), de bypass gastrique le 29 septembre 2016, de syndrome d'apnée du sommeil sévère traité par CPAP (CIM-10 G47.3), d'épisode dépressif d'intensité moyenne (CIM-10 F32.1), de trouble panique (CIM-10 F41.0), de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 F45.4), de probable dépendance aux opiacés (CIM-10 F11.25), de troubles cognitifs touchant au premier plan les aptitudes exécutives, attentionnelles et mnésiques immédiates et antérogrades en modalité verbales auxquelles s'associent de légères difficultés en calcul écrit (CIM-10 R41.8). Ils ont retenu une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de plâtrier et, dans une activité adaptée, une capacité de travail totale jusqu'au 26 mars 2017, puis une capacité de travail nulle depuis lors.

**4.6** Sur mandat de l'Office AI Berne, une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et neuropsychologie) a été réalisée en juillet 2020. Dans leur évaluation consensuelle du 1<sup>er</sup> septembre 2020, les experts ont retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés prescrits pour les douleurs (CIM-10 F11.22), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.01), de trouble de la personnalité de type dépendante (CIM-

10 F60.7), ainsi que de majoration de symptômes pour raisons psychologiques (CIM-10 F68.0).

## **5.**

**5.1** Ainsi que cela ressort de ce qui précède, les rapports médicaux au dossier font état de l'apparition de douleurs au genou gauche ainsi que l'extension des douleurs à d'autres parties du corps (voir c. 4.3 et 4.4 ci-dessus) au cours de l'année 2016. Par ailleurs, le psychiatre traitant a noté, en mars 2017, une aggravation de l'état de santé psychique (voir c. 4.4 ci-dessus). Ces éléments, tous postérieurs à l'expertise pluridisciplinaire réalisée en février 2016 (voir c. 4.2 ci-dessus), n'ont dès lors pas pu faire l'objet d'investigations de la part des experts. Force est d'admettre (comme l'ont du reste reconnu les parties), que l'expertise pluridisciplinaire de février 2016 ne décrit plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, la situation actuelle de l'état de santé du recourant. En d'autres termes, seule la valeur probante des deux expertises de janvier et septembre 2020 est litigieuse entre les parties.

Dans un premier temps, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2020. Si le recourant défend la force probante de celle-ci, l'Office AI Berne, de son côté, la remet en cause en particulier s'agissant des domaines de la psychiatrie et de la neuropsychologie.

**5.2** 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).

**5.3** L'expertise pluridisciplinaire litigieuse comprend une appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle) du 21 janvier 2020 synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la clinique générale, la neuropsychologie, la psychiatrie, la rhumatologie et l'orthopédie, ainsi que les rapports ou résultats partiels relatifs à ces investigations spécialisées (dos. AI 158.6/1). Chacun des experts s'est fondé sur le dossier médico-asséurologique, ainsi que sur un entretien personnel propre à chaque expertise comprenant notamment les plaintes subjectives de l'assuré et une anamnèse (familiale, professionnelle, personnelle ou encore médicale) pour rendre son appréciation médicale. Les experts ont tous soigneusement décrit le contexte médical et ont pris en compte les antécédents de l'assuré dans ce cadre. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 5.2 ci-dessus).

**5.4** Il convient encore d'examiner si l'expertise pluridisciplinaire convainc sur le plan du contenu matériel.

**5.4.1** Les conclusions de l'expert en orthopédie du 18 décembre 2019 sont dûment motivées. En particulier, le spécialiste a discuté chacune des plaintes de l'assuré et les a confrontées au résultat des examens cliniques qu'il a lui-même réalisés. De cette manière, c'est de façon convaincante qu'il a posé des diagnostics propres à la spécialité de l'orthopédie (voir c. 4.5 ci-dessus) et qu'il ne s'est dès lors pas prononcé sur le trouble somatoforme douloureux (dos. AI 158.2/8). A l'issue de son évaluation médicale, l'expert s'est étonné de l'absence de résultat des traitements effectués et a donc conclu son évaluation en observant que des facteurs non somatiques jouaient un rôle prépondérant dans l'évolution du cas (dos. AI 158.2/9). Il a par ailleurs veillé à décrire un profil d'exigibilité intégrant les limitations fonctionnelles mises en évidence dans son examen clinique, à savoir une activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en

position assise, avec possibilité de changer de position à sa guise, sans devoir marcher en terrain irrégulier, monter ou descendre à répétition de pentes ou des escaliers, sans se mettre en position à genou ou en position accroupie, sans port de charge de plus de 15kg et n'impliquant pas de se pencher en avant ou en porte-à-faux. La capacité de travail entière, sans diminution de rendement dans cette activité adaptée (à l'exception des trois mois qui ont suivi l'ostéotomie tibiale proximale de valgisation en mai 2019; dos. AI 158.2/10 et 151/7), est ainsi pleinement probante et n'est pas remise en cause par d'autres avis médicaux au dossier. Au contraire, en évoquant que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer une activité lourde, ni de porter des charges et qu'il n'est plus capable d'exercer son ancienne profession de plâtrier (voir notamment dos. AI 151/3; 151/5), l'avis de l'orthopédiste traitant rejoint pour l'essentiel le profil d'exigibilité posé par l'expert en orthopédie.

**5.4.2** Quant au volet rhumatologique, l'expert dans cette discipline a écarté le diagnostic de fibromyalgie pourtant retenu par les médecins traitants de l'assuré (voir notamment dos. AI 103/3, 106/6, 106/2 et surtout 123/2). Pour expliquer l'absence de ce diagnostic, l'expert rhumatologue s'est fondé principalement sur son examen clinique et a insisté sur la présence de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur prédominant à la région cervico-dorsolombaire non spécifique et commune, médicalement mal explicable (dos. AI 158.3/5). S'appuyant sur le manque d'explications médicales objectives prépondérantes à l'origine des plaintes, mais tout en précisant que l'authenticité de celles-ci n'était pas mise en doute, l'expert a retenu avec cohérence que, d'un point de vue rhumatologique strict, la capacité de travail du recourant était complète dans une activité adaptée (décrite comme légère, en position assise avec possibilité de varier les positions, au moins toutes les heures durant quelques minutes, absence de piétinement, de montée ou de descente d'escaliers, de position accroupie et/ou à genoux, de marche en terrain irrégulier). En raison de la symptomatologie douloureuse chronique, l'expert a tenu compte d'une diminution de rendement de 20% (dos. AI 158.3/7).

**5.4.3** Sous l'angle psychiatrique, le spécialiste ne s'est pas prononcé de façon convaincante sur le caractère maladif et chronicisé de l'épisode

dépressif moyen diagnostiqué. Il a certes évoqué, au même titre que le psychiatre traitant, une dégradation de l'état de santé psychique depuis mars 2017 et admis une capacité de travail limitée à 50% depuis cette date, mais n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles il s'est distancié du diagnostic d'épisode dépressif sévère et de l'incapacité de travail totale dans l'activité exercée retenue par le psychiatre traitant pour cette même période (dos. AI 97/3 ou 90/2). S'agissant de la détérioration de l'état psychique intervenue en mars 2017, l'expert en psychiatrie semble s'être uniquement appuyé sur l'estimation de la capacité de travail établie par le psychiatre traitant (dos. AI 97/3) pour justifier l'incapacité de travail de 50%, sans aucunement étayer les raisons pour lesquelles la capacité de travail du recourant s'était à ce point modifiée. Il n'a pas non plus précisé le moment à partir duquel une reprise du travail dans une activité exigible serait envisageable. On constate bien au contraire que l'expert psychiatre s'est prononcé sur la situation médicale telle qu'elle se présentait au moment de la consultation. L'expert est d'autant moins convaincant qu'il retient une capacité de travail limitée à 50% quelle que soit l'activité envisagée, et ce, sans motiver son appréciation (dos. AI 158.5/4). Le spécialiste n'a pas non plus étayé les éléments caractéristiques propres au diagnostic de trouble somatoforme douloureux et s'en est entièrement remis aux précédents rapports, desquels il ressort que le syndrome douloureux n'est pas entièrement expliqué par les altérations somatiques (dos. AI 158.5/4). Faute d'être suffisamment motivé, on ne peut retenir avec une vraisemblance prépondérante l'incapacité de travail retenue par l'expert psychiatre.

**5.4.4** Quant au rapport d'une spécialiste en neuropsychologie, il ne parvient pas non plus à emporter la conviction du Tribunal au degré de la vraisemblance prépondérante tel qu'exigé en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2). Certes, cette spécialiste a procédé à différents tests, dont les résultats ont été rapportés dans son écrit du 13 novembre 2019 (dos. AI 158.4/3). Néanmoins, elle n'en a tiré aucune conclusion s'agissant des limitations fonctionnelles chez l'assuré et n'a pas décrit les conséquences fonctionnelles des atteintes. Elle n'a pas non plus cherché à définir un profil d'exigibilité au vu des troubles cognitifs mis en évidence. Les conclusions de l'experte quant à l'incapacité de travail du

recourant sont au demeurant vagues et contradictoires. D'un côté, l'experte a jugé que le profil cognitif de l'assuré était compatible avec une activité de type occupationnel à temps partiel, mais, d'un autre côté, elle a estimé que celui-ci ne lui paraissait pas apte à entreprendre des démarches professionnelles (dos. AI 158.4/4). Il en découle donc une appréciation ambiguë, ce d'autant plus que l'experte n'a pas quantifié la prétendue incapacité de travail, pas plus qu'elle ne s'est prononcée sur une éventuelle diminution de rendement ou n'a précisé le moment à partir duquel la limitation de la capacité de travail pouvait être constatée objectivement. Par ailleurs et ainsi que l'a justement observé l'Office AI Berne dans sa décision du 8 avril 2021, la spécialiste en neuropsychologie a estimé que les troubles cognitifs s'inscrivaient dans le contexte de probables troubles de l'humeur et ce, alors même qu'aucun diagnostic de ce type n'a été évoqué par l'expert en psychiatrie ou par le psychiatre traitant. La spécialiste en neuropsychologie n'est pas non plus parvenue à convaincre lorsqu'elle a indiqué qu'elle ne pouvait exclure l'impact d'un éventuel déficit en vitamine B12 ou au syndrome d'apnée du sommeil sur les troubles cognitifs constatés, faute d'avoir expliqué et motivé la mesure de cet impact.

**5.4.5** Sur le plan de la médecine interne, l'experte mandaté, spécialiste en médecine interne a estimé dans son rapport du 21 janvier 2020 et après avoir examiné personnellement l'assuré le 2 octobre 2019, qu'en sa qualité d'experte principale, elle discuterait tous les diagnostics et répondrait aux questions posées par l'Office AI Berne dans le cadre de l'appréciation consensuelle. Il s'agit donc de renvoyer à ce qui suit concernant la valeur probante du rapport du 21 janvier 2020 (voir c. 5.4.6 ci-dessous).

**5.4.6** S'agissant finalement de l'expertise consensuelle du 21 janvier 2020, il convient également de lui nier une quelconque valeur probante. Tout d'abord les experts ont reconnu une incapacité de travail totale dans une activité adaptée, depuis le 27 mars 2017, pour des raisons psychiatriques et ce, en dépit de l'appréciation de l'expert psychiatre qui l'évaluait à 50%. Pour justifier ce choix, les experts se sont appuyés sur les résultats de l'examen neuropsychologique, considérant qu'au vu des troubles cognitifs sévères constatés, une incapacité de travail totale devait être retenue. Or, ainsi que l'a justement remarqué l'Office AI Berne dans la

décision contestée, un tel procédé va à l'encontre de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), selon laquelle il revient en principe au spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail en tenant compte des éventuels déficits neuropsychologiques; l'évaluation neuropsychologique ne constitue qu'un examen complémentaire à envisager en cas d'indication justifiée (TF 9C\_752/2018 du 12 avril 2019 c. 5.3 et les références). Au demeurant, les troubles cognitifs sont qualifiés de "sévères" par les experts, qualificatif qui ne ressort pourtant pas du rapport de la spécialiste en neuropsychologie. Par conséquent, les experts, dans leur consensus final, ne pouvaient s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail faite par l'expert psychiatre qui, il faut le relever, s'est entretenu avec le recourant après que celui-ci se soit rendu chez la spécialiste en neuropsychologie et qui bénéficiait donc de l'avis de cette dernière lorsqu'il a rédigé son rapport.

Par ailleurs, et ainsi que cela ressort déjà de ce qui précède (voir c. 5.4.3 ci-dessus), les experts s'en sont uniquement remis au rapport du psychiatre traitant de mars 2017 pour justifier l'incapacité de travail totale, telle que retenue par celui-ci, mais n'ont aucunement motivé plus avant les motifs pour lesquelles la capacité de travail du recourant s'était à ce point dégradée à cette période. Toujours dans le contexte de l'incapacité de travail totale constatée, les experts n'ont pas non plus examiné d'éventuelles fluctuations de l'incapacité de travail après mars 2017 (dans un quotidien de l'assuré pourtant bien chargé et organisé), laissant ainsi apparaître des doutes insurmontables quant à l'appréciation de la capacité de travail par les experts.

**5.4.7** Il résulte de ce qui précède que l'évaluation consensuelle du 21 janvier 2020, en particulier s'agissant des volets psychiatrique et neuropsychologique, succincte et insuffisamment étayée, ne satisfait pas aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a; voir c. 5.2 et 5.3 ci-dessus). Si les rapports des experts en orthopédie et rhumatologie permettent d'apprécier la situation globale du recourant sous l'angle somatique, l'absence de motivation des experts en psychiatrie et en neuropsychologie, s'agissant de la capacité de travail retenue dans une activité raisonnablement exigible, dénie toute valeur probante aux conclusions de ces derniers, ainsi qu'à

l'expertise consensuelle du 21 janvier 2020. En d'autres termes, c'est à raison que l'Office AI Berne a diligenté une nouvelle expertise bidisciplinaire pour couvrir les domaines de la psychiatrie et neuropsychologie, jugés non probants.

## **6.**

**6.1** Reste encore à examiner si l'expertise bidisciplinaire réalisée en septembre 2020 revêt la force probante nécessaire pour déterminer les (éventuels) droits aux prestations de l'assuré.

**6.2** En l'occurrence, l'expertise bidisciplinaire de septembre 2020 synthétise le résultat d'examens sur les plans psychiatrique et neuropsychologique ainsi que les rapports ou résultats partiels relatifs à ces investigations spécialisées. Elle a été élaborée sur la base de deux examens personnels du recourant (en psychiatrie et en neuropsychologie) ainsi que sur l'étude du dossier médico-asséculo-logique. Dans chacun de leur rapport d'expertise, les deux experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier, l'anamnèse complète (personnelle, scolaire, professionnelle, sociale, financière), de même que les indications fournies spontanément par l'assuré, tout comme les constatations objectives relatives au comportement ainsi que celles relatives aux examens entrepris. Dans leur évaluation consensuelle, les deux experts ont évalué la situation médicale de façon interdisciplinaire et se sont accordés quant aux diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles, de même que quant à l'évaluation de la capacité de travail finalement retenue. Par conséquent, et sur le plan strictement formel, l'ensemble de l'expertise pluridisciplinaire satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 5.2 ci-dessus).

**6.3** Sur le fond, et après avoir étudié les diagnostics posés par les spécialistes en psychiatrie ayant précédemment examiné l'assuré, l'expert psychiatre s'est éloigné du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, pourtant retenus par les experts en janvier 2020, au motif que les douleurs dont se plaignait l'assuré n'étaient pas permanentes (pas de souffrance

prédominante). Pour contrer la précédente appréciation médicale sur ce point et asseoir la thèse de l'absence de trouble somatoforme douloureux, l'expert en psychiatrie a souligné le ton démonstratif et manipulateur de l'assuré et a en particulier noté que celui-ci pouvait fonctionner normalement dans la vie quotidienne (dos. AI 172.2/6). Cette appréciation est corroborée par l'expert en neuropsychologie, lequel, au terme de son examen clinique complet et détaillé, a également noté la présence de doutes sur la validité des symptômes et des performances (dos. AI 172.3/6). L'expert psychiatre est d'autant plus convaincant qu'il a mis en évidence la capacité de l'assuré à s'adapter à des règles de routine, à planifier et structurer ses tâches, à prendre des décisions ou des initiatives ou encore à prendre part à des activités spontanées (dos. AI 172.2/6). D'un point de vue social, l'expert a noté que l'assuré parvenait à s'affirmer, à tenir une conversation, à établir le contact avec des tiers et à lier d'étroites relations (dos. AI 172.2/6). Certes, il a mentionné l'absence de flexibilité de l'assuré ou encore l'incapacité de celui-ci à mobiliser ses compétences ou ses connaissances. Ces difficultés ont cependant été mises sur le compte d'une dépendance au Cannabidiol (CBD), celle-ci ayant à cet égard déjà été relevée par les experts en janvier 2020 (dos. AI 158.5/5). Tout en mettant en lumière une tristesse, une humeur dépressive légère, ainsi qu'un élan vital préservé (dos. AI 172.2/4), l'expert a logiquement retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (dos. AI 172.2/5). S'agissant de la capacité de travail, c'est en pleine connaissance des conclusions de l'expertise de janvier 2020 et notamment après avoir constaté que les ressources psychologiques et les mécanismes adaptatifs de l'assuré n'étaient pas diminués (et donc qu'il était capable d'avoir des activités journalières), que l'expert psychiatre a jugé que le recourant était en mesure de travailler à 100%, sauf lors de courtes hospitalisations (voir dos. AI 172.2/6). En d'autres termes, la fixation de la capacité de travail totale résulte de l'analyse méticuleuse des limitations fonctionnelles psychiques, soit de leur nature et de leur ampleur (dos. AI 172.2/6).

**6.4** En outre, il convient également de reconnaître une pleine valeur probante au rapport de l'expert en neuropsychologie. En effet, lors de son examen clinique, le spécialiste a estimé que, s'agissant de la validité des symptômes, les résultats ne semblaient pas totalement correspondre aux

capacités réelles de l'assuré, avec des arguments en faveur d'une certaine surcharge des troubles. Il a en particulier noté que les plaintes étaient parfois peu cohérentes avec le fonctionnement rapporté. A l'issue de cet examen complet et détaillé, c'est donc de façon convaincante que l'expert a considéré qu'en raison des doutes sur la validité des symptômes et performances, il était impossible d'estimer le degré de gravité de manière objective (dos. AI 172.3/6). L'expert est d'autant plus crédible qu'il a, d'une part, scrupuleusement comparé les résultats de l'examen clinique qu'il a lui-même réalisé aux résultats des tests neuropsychologiques effectués par l'experte en novembre 2019 et, d'autre part, qu'il a utilisé des tâches différentes pour mieux apprécier les fonctions cognitives (dos. AI 172.3/6). Par ailleurs, et au contraire de l'experte mandatée en novembre 2019, le spécialiste en neuropsychologie s'est appuyé sur les critères de l'association suisse des neuropsychologues (ASNP) pour réaliser les tests en question (dos. AI 172.3/6). En dépit d'arguments pour la présence de troubles cognitifs authentiques et de nature probablement psychiatrique au premier plan et en suivant les lignes directrices de l'ASNP, l'expert a conclu de façon probante qu'en présence de doutes sur la validité des symptômes et des performances, il renonçait à poser un diagnostic neuropsychologique. Toujours dans le contexte de la majoration des plaintes et par soucis de complétude, l'expert a retenu le diagnostic de majoration de symptômes pour raisons psychologiques après avoir minutieusement examiné les critères multidimensionnels y relatifs (dos. AI 173.3/6). Il a donc conclu avec cohérence qu'il était impossible d'estimer objectivement d'un point de vue strictement neuropsychologique la capacité de travail de l'assuré. Le grief du recourant selon lequel la conclusion de l'expert dans ce sens dénie toute valeur probante à l'expertise ne résiste pas à l'examen. Bien au contraire, une telle appréciation démontre un souci d'exactitude et permet de confirmer la thèse de majoration des symptômes déjà mise en évidence par l'expert psychiatre (voir c. 6.3 ci-dessus). En tout état de cause et comme cela ressort de ce qui précède (voir c. 5.4.6 ci-dessus), il revient au spécialiste en psychiatrie d'évaluer la capacité de travail, l'examen neuropsychologique n'étant pour ce faire qu'un outil complémentaire. Dans ces conditions, la valeur probante du rapport d'expertise neuropsychologie doit être confirmée.

**6.5** S'agissant finalement de l'évaluation consensuelle du 1<sup>er</sup> septembre 2020, elle livre une appréciation coordonnée des diagnostics retenus, des limitations fonctionnelles constatées et de leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. C'est ainsi de façon convaincante que les experts ont mis en évidence des divergences entre leurs conclusions et celles de l'expertise de janvier 2020 et qu'ils en ont expliqué les raisons (majoration des symptômes pour raisons psychologiques et ce, en dépit d'arguments pour la présence de troubles cognitifs authentiques). Sur le plan psychiatrique, les experts ont veillé à restituer avec précision le début des épisodes dépressifs diagnostiqués (2014) et ont précisé que le trouble avait toujours été léger. Dans un souci d'exactitude, ils ont également réitéré les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (pas de souffrance prédominante qui entrave la vie quotidienne) ou encore celui de trouble panique (absence de signe clinique selon critères de la CIM-10). Après avoir décrit avec précision les limitations fonctionnelles de l'intéressé, de même que les ressources de celui-ci, les experts ont logiquement retenu une pleine capacité de travail dans toute activité (mis à part deux courtes incapacités totales dues à des hospitalisations). Les conclusions des experts, cohérentes et détaillées, sont convaincantes de sorte que pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise bidisciplinaire de septembre 2020. Cela étant, dite expertise fournit toutes les indications nécessaires afin d'apprécier le caractère (non) invalidant des atteintes à la santé du recourant et il n'y a ainsi pas lieu d'ordonner des investigations complémentaires. Les derniers éléments médicaux au dossier, en particulier le rapport du généraliste traitant du 16 décembre 2020, ne permettent pas une autre conclusion (dos. AI 182/6). Le généraliste se prononce en effet essentiellement sur des troubles psychiatriques (existence d'un trouble somatoforme et d'un épisode dépressif moyen) sans avoir les qualifications requises pour ce faire et confirme pour le surplus une dépendance aux opiacés qui a également été mise en évidence dans l'expertise de septembre 2020. Au demeurant, aucun des médecins de l'assuré n'a fait état de diagnostics postérieurement aux investigations pluridisciplinaires de janvier ou septembre 2020 qui seraient à proprement parler nouveaux (voir rapports du 16 janvier 2020 [dos. AI 182/5]), des 25 mars, 11 mai, 29 mai 2020 de l'orthopédiste traitant [dos.

182/22, 182/16, dos. AI 182/14], du 8 juillet 2020 d'une clinique d'addictions [dos. AI 182/9,). L'appréciation du médecin traitant représente ainsi tout au plus un avis divergent par rapport aux autres conclusions spécialisées recueillies dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire.

En conséquence, rien ne permet de supposer que les divergences d'évaluation entre l'appréciation spécialisée recueillie par l'Office AI Berne et les autres rapports médicaux puissent trouver une autre explication que la relation de confiance développée entre l'assuré et ses médecins (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ainsi que la nature différente du mandat qui lie l'assuré auxdits médecins et celui d'expertise. Quant aux conclusions contraires des rapports psychiatrique et neuropsychologique de l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2020, jugés non probants (voir c. 5.4.3 et 5.4.4 ci-dessus), ils ne sauraient remettre en cause les conclusions de l'expertise bidisciplinaire de septembre 2020.

**6.6** Au vu du développement ci-dessus, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise bidisciplinaire de septembre 2020. Il y a donc lieu d'admettre, comme l'ont attesté les experts, que le recourant est capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement de 20% (en raison de la symptomatologie douloureuse mise en évidence par l'expert rhumatologue; voir c. 5.4.2 ci-dessus) dans une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, avec possibilité de changer de position à sa guise, sans devoir marcher en terrain irrégulier, monter ou descendre à répétition de pentes ou des escaliers, sans se mettre en position à genou ou en position accroupie, sans port de charges de plus de 15kg et n'impliquant pas de se pencher en avant ou en porte-à-faux (voir c. 5.4.1 ci-dessus). Une incapacité totale de travail a été reconnue les trois mois qui ont suivi l'ostéotomie tibiale proximale de valgisation en mai 2019 (voir c. 5.4.1 ci-dessus; dos. AI 158.2/10 et 151/7).

## **7.**

**7.1** Il convient finalement de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité du recourant, puis d'examiner son droit à une rente.

**7.2** La détermination de l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus dépend d'abord de l'échéance du délai d'attente d'une année d'incapacité de travail d'au moins 40% (art. 28 al. 1 LAI) qui, en l'espèce, est arrivé à terme le 18 novembre 2014 (voir c. A ci-dessus). Elle dépend ensuite du moment à partir duquel un droit à une rente AI pourrait être reconnu à l'assuré en fonction du délai de carence de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir ses droits (art. 29 al. 1 LAI). En l'occurrence, le délai de carence de six mois est arrivé à échéance le 10 mars 2015 (formulaire de demande daté du 11 septembre 2014 [dos. AI 1/6] et expédié le 10 septembre 2014 [dos. AI 1/7]). Il découle de ces circonstances que l'année de référence pour la comparaison des revenus est 2015. Les modifications dans la capacité de travail consécutives à la période opératoire du 13 mai au 12 août 2019 (voir c. 5.4.1 et 6.6 ci-dessus) impliquent quant à elles des révisions de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPG, avec trois mois de décalage (voir c. 2.3 ci-dessus et art. 88a RAI). La dégradation de l'état de santé du recourant (attestée médicalement pour trois mois dès la mi-mai 2019) a donc pris effet au 1<sup>er</sup> août 2019. Il s'ensuit que la comparaison de revenus inhérente à cette révision de rente doit s'effectuer selon des données correspondant à l'année 2019. Finalement, s'agissant de l'amélioration médicale constatée dès le 13 août 2019, elle prendra effet au 1<sup>er</sup> décembre 2019, de sorte que l'année de référence pour la comparaison des revenus est également 2019.

**7.3** S'agissant du taux d'invalidité relatif à la période entre le 13 mai et le 12 août 2019 (dégradation de l'état de santé), il convient de constater une péjoration de la capacité de gain du recourant sur une période de trois mois à partir du 13 mai 2019, durant laquelle, en l'absence de toute capacité de travail, son taux d'invalidité était de 100% (SVR 2018 UV n° 29 c. 5.2). Sur cette base, il doit ainsi se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> août 2019 (art. 88a al. 2 RAI) et ce, pour une période de trois mois, soit jusqu'au 30 novembre 2019 (art. 88a al. 1 RAI).

**7.4** En ce qui concerne les périodes antérieure et postérieure à cette dégradation de l'état de santé, on peut se référer à ce qui suit.

**7.4.1** S'agissant du revenu de valide, il convient de se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un

degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1). En l'occurrence, pour le revenu de valide, s'agissant des périodes ici en cause (2015 et 2019), il ressort des indications fournies par le dernier employeur du recourant que le salaire de l'assuré sans atteinte à la santé en tant que plâtrier (emploi qu'il a perdu pour des raisons de santé) s'élèverait, à un taux de 100% en 2013 (et non 2014 comme mentionné par l'intimé), à Fr. 68'315.- (Fr. 5'255.- x 13; dos. AI 13/4). Indexé à 2015, le salaire annuel correspond ainsi à Fr. 68'997.- (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010 - 2019, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2013: 2'204; 2015: 2'226). Quant à l'indexation à l'année 2019, il convient de retenir un revenu de valide de Fr. 70'640.- (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010 - 2019, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2013: 2'204; 2019: 2'279; et non de Fr. 69'644.- comme indiqué par l'intimé pour l'année 2019).

**7.4** Pour le revenu d'invalide, dès lors que le recourant n'exerçait pas d'activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 6.6 ci-dessus) au moment de la décision contestée, l'intimé s'est fondé à raison sur les valeurs moyennes prises en compte dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Selon celles-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'312.- (ESS 2014, Tableau TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe", Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], "hommes") ou Fr. 63'744.- par an. Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il convient de les réévaluer, comme l'a très justement fait l'intimé, en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures par semaine en 2014 (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Indexé à 2015, le salaire annuel

correspond ainsi à Fr. 66'633.- (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010 - 2019, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2014: 2'220; 2015: 2'226). S'agissant de l'année 2019, le revenu d'invalidé est de Fr. 68'336.- (Fr. 67'767.- par an selon ESS 2018, Tableau TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe", Total, Niveau de compétences 1 [tâches physiques ou manuelles simples], "hommes", réévalué à 41,7 heures par semaine, puis indexé à 2019 selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010 - 2019, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2018: 2'260; 2019: 2'279; et non Fr. 66'453.- comme indiqué par l'intimé). Après prise en compte d'une diminution de rendement de 20%, le revenu d'invalidé à prendre en considération s'élève à Fr. 53'306.- pour l'année 2015 et à Fr. 54'669.- pour l'année 2019 (et non Fr. 53'162.- comme mentionné par l'intimé).

**7.5** Se pose encore la question d'un abattement supérieur à 10% à appliquer sur le revenu d'invalidé, ce qu'a nié l'Office AI Berne. A cet égard, il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Selon la jurisprudence, le tribunal des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; l'autorité de recours doit donc s'appuyer sur des circonstances de nature à faire

apparaître sa propre appréciation comme la plus appropriée (ATF 126 V 75 c. 6; SVR 2020 ALV n° 11 c. 3.3).

Contrairement à ce que soutient le recourant (voir objections du 6 janvier 2021), un long éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement par rapport au niveau 1 de la table ESS (TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 c. 6.3 et les références). A cet égard et s'agissant du niveau 1 de l'ESS, la jurisprudence exclut également le fait qu'un assuré qui ne dispose que d'une expérience professionnelle limitée (ici l'activité de plâtrier) et qui doit complètement changer de secteur puisse influencer négativement sur le montant de la rémunération au motif que tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage (TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 c. 5). Pour le surplus et en ce qui concerne les limitations fonctionnelles de l'intéressé justifiant selon lui un abattement d'au minimum 20%, force est de constater que ces restrictions ont déjà été prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical et en particulier s'agissant de la diminution de rendement de 20% (voir notamment c. 6.6 ci-dessus). Or, ainsi que l'a justement rappelé l'Office AI Berne dans la décision querellée, celles-ci ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). En d'autres termes, l'abattement consenti par l'intimé de 10% tient suffisamment compte de la situation du recourant. Ainsi, en diminuant de 10% les revenus d'invalidé de Fr. 53'306.- et de Fr. 54'669.- calculés plus haut, on obtient un revenu d'invalidé déterminant de Fr. 47'976.- pour 2015 et de Fr. 49'202.- pour 2019, ce qui, comparé aux revenus sans invalidité de Fr. 68'997.- et de Fr. 70'640.- aboutirait à des degrés d'invalidité de respectivement 30.47% pour l'année 2015 et 30.35% s'agissant de l'année 2019 (arrondis à 30%, ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3; SVR 2019 IV n° 61 c. 7.1), tous les deux insuffisants pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**7.6** En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a accordé une rente entière d'invalidité au recourant pour la période du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2019 et qu'au surplus il a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période du 10 mars 2015 (et non dès le

10 décembre 2014, voir c. 7.2 ci-dessus s'agissant de la naissance d'un éventuel droit à une rente) au 31 juillet 2019, puis dès le 1<sup>er</sup> décembre 2019.

**8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**8.2** Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

**8.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par sa mandataire,
  - 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).