

200.2021.712.AI
N° AVS
BCE/EGC

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

Jugement du 6 avril 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, 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 du 15 septembre 2021 de ce dernier



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, séparé de son épouse et père de trois enfants majeurs est au bénéfice d'un permis d'établissement. Sans formation professionnelle certifiée, il a travaillé comme plâtrier dès la fin de sa scolarité obligatoire et jusqu'en mai 1988. Dès juin 1988 et en raison de problèmes au niveau des cervicales suite à un accident de chantier en octobre 1987, l'assuré a exercé l'activité de représentant commercial pour différentes entreprises. Le 16 mars 1989, une première demande de prestations pour adultes a été déposée à l'Office AI Berne par l'intéressé afin de bénéficier d'une formation théorique de technique de vente. Celle-ci a été prise en charge financièrement par le service de réadaptation professionnelle de l'Office AI Berne. Dite formation n'a toutefois pas été achevée par l'assuré conduisant le service de réadaptation professionnelle à clore le dossier en juin 1990. Dès 1990 et pendant dix ans, l'assuré a repris son activité de plâtrier à titre indépendant, puis, dès l'année 2000 il a, à nouveau, exercé l'activité de représentant commercial pour le compte de différentes entreprises jusqu'en 2011, année depuis laquelle il a (selon ses dires et l'extrait de compte individuel [CI]) cessé de travailler et est soutenu financièrement par l'aide sociale.

Le 18 décembre 2008, l'intéressé a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'Office AI Berne en invoquant souffrir de dépression. Après avoir organisé la tenue d'une expertise psychiatrique (expertise du 9 septembre 2009 complétée le 15 septembre 2010), l'Office AI Berne, par décision du 4 mars 2011 (confirmant une préorientation du 17 janvier 2011), a refusé tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité (AI) motivée par l'absence d'atteinte à la santé au sens de l'AI ayant une influence permanente sur la capacité de travail et de gain. Dite décision n'a pas été contestée.

A la suite d'une nouvelle demande de prestations du 12 février 2014 de l'intéressé (faisant suite à une opération d'une hernie discale et des problèmes psychiatriques), l'Office AI Berne a, par décision du

4 février 2015 (confirmant une préorientation du 10 décembre 2014), derechef nié à l'assuré le droit à des prestations de l'AI en raison d'un refus de collaborer de ce dernier. Suite à un déménagement dans le canton de Soleure, l'Office AI de ce même canton a, le 12 janvier 2016, refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de l'intéressé datée du 3 novembre 2015.

B.

Après avoir à nouveau déménagé dans le canton de Berne, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles / rente) datée du 10 septembre 2019 en mentionnant des atteintes à sa santé au niveau des cervicales, une hernie discale et une atteinte à sa santé psychique, existant depuis 15 ans. L'Office AI Berne, par préorientation du 17 janvier 2020, a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, faute pour l'assuré d'avoir établi de manière plausible une modification essentielle des faits depuis la dernière décision. Suite aux objections déposées par l'assuré, aidé de sa psychiatre traitante, contre cette préorientation (objections non datées mais reçues par l'Office AI Berne le 17 mars 2020), l'Office AI Berne a pris conseil auprès de son Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a recommandé la tenue d'une expertise pluridisciplinaire (couvrant les domaines de la rhumatologie, la psychiatrie, la neurologie et la médecine interne générale).

C.

S'appuyant sur cette dernière expertise, dont l'évaluation consensuelle a été rendue le 25 février 2021, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il projetait de lui refuser tout droit à une rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40% (préorientation du 15 avril 2021 remplaçant celle du 17 janvier 2020). En dépit des objections déposées le 13 mai 2021 par l'assuré (complétées le 21 juillet 2021) et après avoir demandé un complément d'expertise (courrier du 10 août 2021), l'Office AI

Berne a confirmé le prononcé précité dans une décision du 15 septembre 2021.

D.

L'assuré a interjeté recours le 13 octobre 2021 contre la décision de l'Office AI Berne du 15 septembre 2021 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant implicitement à l'annulation de la décision susmentionnée. Cet acte a été complété le 15 novembre 2021 par une requête d'assistance judiciaire d'un mandataire professionnel. Dans son mémoire de réponse du 28 décembre 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, le tout avec suite de frais et dépens. Le mandataire du recourant a encore transmis sa note d'honoraires par courrier du 13 janvier 2022.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'intimé du 15 septembre 2021 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse une rente AI au recourant, compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40% (degré d'invalidité de 10%) à la suite d'une nouvelle demande de prestations (déposée en septembre 2019). L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision. Sont particulièrement contestés par le recourant le calcul de degré d'invalidité établi par l'Office AI Berne ainsi que l'absence de valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2021.

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 en cours de procédure 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 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI ; FF 2020 5373 ss) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou au moment de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'espèce, dans la mesure où la décision attaquée a été rendue avant l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020 de la LAI, le droit à la rente doit être examiné selon les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (voir également les chiffres [ch.] 9100 et 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] état au 1^{er} janvier 2022).

2.2 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 le 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).

2.3 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'ancien (anc.) art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4 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).

2.6 Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est

réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est-à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n° 36 c. 3.1).

3.

3.1 Dans sa décision contestée du 15 septembre 2021, l'Office AI Berne s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2021 qu'il a diligentée et pour conclure que l'assuré présentait une capacité de travail totale de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Après avoir pris en compte un abattement de 10% sur le revenu avec invalidité, puis procédé à une comparaison des revenus, l'intimé a constaté que la perte de gain qu'il en résultait engendrait un taux d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dans son mémoire de réponse du 28 décembre 2021, l'Office AI Berne a en substance défendu la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2021 et a considéré que les éléments de preuve apportés par le recourant ne permettaient pas de remettre en cause celle-ci.

3.2 Par son recours, l'intéressé a répété les arguments déjà soulevés dans ses objections contre la préorientation du 15 avril 2021. Il a ainsi principalement remis en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, en particulier le volet psychiatrique, en raison du fait que l'expert de cette discipline aurait retenu, à tort selon lui, qu'on ne lui avait

jamais prescrit d'antidépresseur. Il s'est également étonné du fait que l'expert lui ait reproché de ne pas avoir consommé de Temesta avant leur entretien car selon lui, une telle consommation n'est pas recommandée avant un trajet en voiture. Finalement, il a contesté le calcul du degré d'invalidité établi par l'Office AI Berne, en particulier les revenus avec et sans invalidité qui ne correspondent, selon lui, pas à la réalité.

4.

Il ressort du dossier les faits pertinents suivants:

4.1 La décision du 4 mars 2011 qui refusait à l'assuré tout droit à des prestations de l'AI compte tenu de l'absence d'atteinte à la santé invalidante, se fondait principalement sur un rapport d'expertise psychiatrique du 9 septembre 2009. Il ressort de celui-ci les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie de gravité moyenne, personnalité du registre histrionique et antécédents de carences affectives; difficultés socio-économiques et professionnelles (dossier [dos.] AI 22/40). L'expert a retenu une incapacité de travail totale du 16 avril au 30 juin 2009, puis une incapacité de travail de 50% jusqu'au 30 septembre 2009 et finalement une pleine capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2009. Aucune diminution de rendement n'a été mise en évidence par l'expert (dos. AI 22/43). Dans un complément d'expertise daté du 15 septembre 2010, l'expert psychiatre a noté une pleine capacité de travail avec rendement total (dos. AI 36/11).

4.2 Dans le cadre de l'instruction matérielle de la nouvelle demande de l'assuré du 10 septembre 2019, les éléments suivants ressortent du dossier:

4.2.1 A l'appui de sa nouvelle demande (10 septembre 2019), l'assuré a déposé plusieurs certificats médicaux de sa psychiatre traitante attestant d'une incapacité de travail totale dès le 19 février 2016 et pour une durée indéterminée (voir certificats médicaux des 29 février 2016 [dos. AI 100/12], 23 octobre 2017 [dos. AI 100/7], 26 mars 2018 [dos. AI 100/6], 20 juin 2018 [dos. AI 100/4], 28 novembre 2018 [dos. AI 100/3], 14 juin 2019 [dos. AI 100/2] et 23 septembre 2019 [dos. AI 100/1]). Le 9 octobre 2019, cette

même spécialiste a rendu un rapport médical dans lequel elle a indiqué que son patient souffrait d'une angoisse diffuse avec beaucoup de somatisation, qu'il présentait depuis une dizaine d'années et périodiquement un état dépressif plus ou moins intense. Finalement, elle a mis en évidence chez l'assuré un manque de stabilité affective, psychique et professionnelle (dos. AI 103/1).

4.2.2 L'assuré a fait parvenir à l'Office AI Berne, sur demande de celui-ci, plusieurs rapports médicaux (reçus le 15 janvier 2020 par l'Office AI Berne) de différents spécialistes consultés suite à l'apparition de douleurs sous la forme de brûlures aux membres inférieurs des deux côtés. Dans un écrit daté du 19 janvier 2016, des spécialistes en cardiologie ont posé les diagnostics de brûlure rétrosternale sans indication d'origine cardiaque, dépression et chirurgie sur hernie discale en mai 2013 (dos. AI 110/9). L'intéressé a également remis à l'intimé un rapport de spécialistes en orthopédie daté du 1^{er} mars 2018 dans lequel celui-ci a retenu les diagnostics de prurit d'origine inconnue, état après décompression L4/5 gauche en mai 2013, état après prothèse totale de la hanche droite le 2 octobre 2010, état après prothèse totale du genou gauche en 2006 (dos. AI 110/7). Il ressort encore de rapports de spécialiste en neurologie (22 mars 2016 [dos. AI 110/3] et 8 avril 2016 [dos. AI 110/1]) les diagnostics de paresthésies brûlantes aux membres inférieurs avec origine incertaine, troubles de la personnalité et troubles d'anxiété.

4.2.3 La psychiatre traitante de l'assuré a rendu un nouveau rapport du 17 février 2020 duquel il ressort les diagnostics de troubles de la personnalité, sans précision (chiffre [ch.] F60.9 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11; dos. AI 113/1). Dans un rapport daté du 18 janvier 2021, la spécialiste a posé les diagnostics de troubles de la personnalité sans précision (traits de personnalité abandonnique à conduite d'échec et immature; CIM-10 F60.9) et troubles anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2; dos. AI 149/3).

4.2.4 Sur conseil du SMR (rapport du 20 avril 2020; dos. AI 118/2), une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets de la psychiatrie, la

médecine interne générale, la neurologie et la rhumatologie a été organisée par l'Office AI Berne. Dans leur évaluation consensuelle du 25 février 2021, les experts ont retenu les diagnostics (avec et sans incidence sur la capacité de travail) de cervicarthrose et anomalie C1-C2 avec spondylolyse (CIM-10 M50.3, M43.4 et M43), coxarthrose débutante gauche (CIM-10 M16.9), douleurs des deux mains sans étiologie retrouvée, d'origine inexplicite (CIM-10 M51.2), status après opération d'une hernie discale L4-L5 gauche (CIM-10 M51.2), avec signes discrets de lésion radiculaire résiduelle L5 gauche (CIM-10 M54.1), status après distorsion cervicale en 1987 (CIM-10 S13.4) avec objectivation d'une malformation primaire à la charnière cervico-occipitale (CIM-10 Q76.4), en particulier des condyles occipitaux de l'atlas et de l'axis avec arthrose secondaire, sans lésion ligamentaire et sans impression basilaire et sans atteinte neurologique, sentiment de brûlure du crâne, du dos et des jambes, sans altération de la sensibilité associée, d'origine indéterminée, trouble anxiodépressif mixte (CIM-10 F41.2), autres troubles spécifiques de la personnalité avec notamment des traits abandonniques (CIM-10 F68) et obésité exogène (dos. AI 133.1/4). Les experts se sont mis d'accord pour retenir des limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, à savoir une activité sans port de charges de plus de 8 kg de façon répétée et sans maintien d'une position penchée en avant avec effort de levage. La conduite automobile devrait être limitée à une heure, puis avec des pauses et sans port de charge lors de la montée ou descente du véhicule (dos. AI 133.1/5). Les experts ont estimé que dans une activité adaptée, l'assuré était capable de travailler à 100% avec une baisse de rendement d'ordre rhumatologique de 20% (dos AI 133.1/5).

4.2.5 Après avoir pris connaissance de l'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2021 (voir c. 4.2.4 ci-dessus), la psychiatre traitante de l'assuré a rendu un nouveau rapport médical le 28 juillet 2021 dans lequel elle expose les raisons pour lesquelles elle s'oppose aux conclusions de l'expert psychiatre (dos. AI 149/1).

4.2.6 Dans un complément d'expertise daté du 10 août 2021, les experts ont répondu aux objections de l'assuré et ont en substance maintenu leurs conclusions (dos. AI 151/1).

5.

En présence d'une nouvelle demande de prestations sur laquelle un office AI est entré en matière, l'analyse juridique s'effectue en deux stades, également pour le juge, dans l'hypothèse d'un recours (analyse analogue aux cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA; ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n°35 c. 2.1). En l'espèce, les rapports médicaux au dossier font état d'une augmentation des plaintes de l'assuré (douleurs sous la forme de brûlures aux membres inférieurs des deux côtés) sans cause somatique. Par ailleurs, l'assuré a subi une intervention à la hernie discale L4-L5 à gauche en 2013 et une incapacité de travail de 100% d'un point de vue psychiatrique a été rapportée par la psychiatre traitante dès février 2016. Sur la base de ces données médicales, la médecin du SMR (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) a estimé que ces troubles étaient des indications de la présence soit d'un trouble anxieux plus fort, soit d'une dépression récurrente ou d'autres atteintes psychiatriques (dos. AI 118/2). Par conséquent, la comparaison de la situation telle qu'elle se présentait lors de la dernière décision du 4 mars 2011 (dans laquelle un examen matériel du droit à la rente avait été effectué) et l'état au 15 septembre 2021, date de la décision attaquée relative à la nouvelle demande (premier stade du raisonnement; ATF 133 V 108 c. 5.3) aboutit au constat d'une modification notable. Il convient donc, à l'instar de ce qu'a fait l'Office AI Berne, de passer au second stade du raisonnement, à savoir un examen complet des faits et du droit, en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2021 IV n° 36 c. 3.1).

6.

6.1 Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2021, sur laquelle s'est fondé l'Office AI Berne pour rendre la décision attaquée.

6.2 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).

6.3 L'expertise pluridisciplinaire comprend une appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle) du 25 février 2021 synthétisant le résultat d'examens sur les plans de la rhumatologie, de la psychiatrie, de la médecine interne et de la neurologie ainsi que les rapports ou résultats partiels relatifs à ces investigations spécialisées (dos. AI 133.1). Les experts dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute, ont procédé chacun à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, scolaire, professionnelle et sociale), ainsi que l'ensemble des documents médicaux au dossier. Les résultats ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale pluridisciplinaire à laquelle ont procédé les experts. Les conclusions de ces derniers ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner 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. 6.2 ci-dessus).

6.4 Sur le plan matériel, l'expertise pluridisciplinaire apparaît également convaincante.

6.4.1 D'un point de vue somatique d'abord, les experts en médecine interne générale, neurologie et rhumatologie ont minutieusement rapporté les plaintes de l'assuré, puis ont procédé à un examen clinique dans leurs disciplines respectives avant de poser leurs diagnostics. A l'issue de leurs observations, les experts ont retenu avec cohérence que les différentes atteintes recensées n'expliquaient ni le sentiment de brûlure ressenti dans les jambes, ni les incapacités décrites par l'assuré et ne justifiaient pas de

traitement spécifique ou de mesure de réadaptation particulière (dos. AI 133.3/6, 133.3/12, 133.4/7). L'expert en neurologie s'est également penché sur les suites de la hernie discale opérée en 2013 et a noté une évolution favorable et l'absence de plainte radiculaire sur ce point (dos. AI 133.3/12). Par souci d'exactitude, il a toutefois précisé que le status après opération lombaire pour hernie discale en 2013 constituait une contre-indication à exercer le métier de plâtrier (dos. AI 133.3/12). S'agissant du sentiment de brûlure dont s'est plaint le recourant, le spécialiste en neurologie a constaté que ces paresthésies restaient d'origine peu claire tout en indiquant qu'elles pourraient être dues à un état irritatif des nerfs sous occipitaux. Il a cependant logiquement retenu qu'il était difficile d'établir une cohérence car la palpation locorégionale (points d'Arnold) n'engendrait pas de réaction névralgique (dos. AI 133.3/12). Cet avis rejoint pour l'essentiel celui des spécialistes en neurologie consultés en mars et avril 2016 (dos. AI 110/1 et 110/3) lesquels ont également constaté que ces paresthésies étaient d'origine incertaine. Ces mêmes médecins ont également constaté des réflexes symétriques et l'absence de troubles de la sensibilité objectifs (dos. AI 110/1). Par conséquent, c'est de façon probante que l'expert neurologue a conclu que le sentiment de brûlure dans les jambes n'avait pas de corrélation neurologique, confirmant la thèse selon laquelle, d'un point de vue neurologique, il n'existait pas de limitation fonctionnelle (dos. AI 133.3/12). Quant aux restrictions médicales décrites par l'expert rhumatologue, elles découlent des atteintes observées lors de l'examen clinique, à savoir des douleurs sur le territoire L4-L5 gauche, une discrète limitation d'amplitude de la hanche gauche du fait du déclenchement de douleurs lombaires et une petite limitation cervicale (dos. AI 133.4/6). C'est le lieu de préciser que l'expert, à raison, ne mentionne pas les conséquences des prétendues opérations visant les implantations de prothèses de hanche ou du genou pourtant évoquées dans un rapport du 1^{er} mars 2018 par des spécialistes en orthopédie (dos. AI 110/7). Ainsi que l'a justement remarqué l'intéressé, on ignore pour quels motifs ces derniers médecins ont mentionné de telles interventions chirurgicales dans leurs diagnostics alors que rien au dossier n'en fait état. En tout état de cause, sur la base des atteintes susmentionnées observées lors de l'examen clinique et après avoir considéré l'état rhumatologique comme stable, l'expert rhumatologue a par conséquent exclu avec raison et logique les

activités comportant le port de charges lourdes du fait de l'atteinte anatomique cervicale et des suites d'une hernie discale avec contrainte radiculaire opéré (dos. AI 133.4/7). Rien au dossier ne permet d'expliquer les douleurs dont se plaint l'assuré dans son recours sur le plan somatique. A cet égard, ce dernier n'apporte aucun élément qui n'aurait pas été examiné par les experts et qui remettrait en cause les conclusions probantes des experts en médecine interne générale, neurologie et rhumatologie.

6.4.2 Quant au volet psychiatrique, l'expert, à l'issue de son évaluation médicale, a minutieusement confronté ses observations cliniques aux appréciations de la psychiatre traitante ou de l'expert psychiatre intervenu sur demande de l'Office AI Berne en 2009 (dos. AI 133.2/5). A cet égard, il a expliqué de manière détaillée les raisons qui l'ont conduit à se distancier des diagnostics de trouble dépressif récurrent (voir c. 4.2.3 ci-dessus) et de trouble panique (voir c. 4.1 ci-dessus). C'est ainsi qu'il a notamment indiqué, s'agissant du trouble dépressif récurrent, n'avoir trouvé aucun signe clinique selon les critères de la CIM-10, ni lors de l'entretien, ni dans l'anamnèse. On ne saurait non plus ignorer, comme l'a du reste très justement mentionné l'expert, que la psychiatre traitante n'a pas étayé ce diagnostic dans ses différents rapports médicaux (dos. AI 133.2/6; voir également dos. AI 113/1; 149/3). L'expert est d'autant plus crédible qu'il n'a ni minimisé la tristesse de l'assuré, ni la tension nerveuse pendant l'entretien. Il a toutefois retenu de façon convaincante, au vu des éléments susmentionnés, que celles-ci n'étaient pas handicapantes (dos. AI 133.2/7). Quant au diagnostic de trouble panique retenu en 2009 (voir c. 4.1 ci-dessus), l'expert psychiatre s'en est écarté du fait qu'il n'en a trouvé aucun signe durant l'entretien. Dans ces circonstances, l'expert a retenu le diagnostic de trouble anxiodépressif mixte tout en expliquant de manière probante que l'on peut parler d'un tel trouble lorsque le patient présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier d'un diagnostic séparé (dos. AI 133.2/6). Toujours dans le contexte des diagnostics retenus, l'expert psychiatre a également indiqué avoir posé celui d'autres troubles spécifiques de la personnalité avec notamment des traits abandonniques comme probable conséquence de l'enfance de l'assuré

(CIM-10 F68; dos. AI 133.2/6). Cette appréciation est renforcée par l'avis de la psychiatre traitante qui, dans son rapport du 18 janvier 2021, a également relevé un sentiment d'abandon chez l'assuré (dos. AI 149/3). Quant au rapport du 28 juillet 2021 de la psychiatre traitante, il n'est d'aucun secours au recourant puisque la spécialiste n'a aucunement décrit les critères de la CIM-10 justifiant selon elle de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. La spécialiste s'est limitée à évoquer certains traits de personnalité du recourant, à savoir des traits abandonniques, narcissique, histrionique voir borderline, irresponsable ou encore manipulateur. Toutefois, elle n'a pas expliqué les motifs pour lesquels ces traits de caractère justifiaient à eux seuls des limitations fonctionnelles et donc une incapacité de travail (dos. AI 149/2). Le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme qu'il devrait être donné plus de crédit à l'avis de sa psychiatre traitante en raison du fait qu'elle le suit depuis plus de six ans. Au contraire, s'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également des spécialistes traitants et plus encore des médecins chargés d'une thérapie de la douleur en raison de son rapport de confiance particulier et de la nécessité d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Dans ces conditions, l'avis de la psychiatre traitante, en grande partie fondé sur le ressenti subjectif de son patient, ne saurait l'emporter sur l'appréciation détaillée et motivée de l'expert psychiatre.

6.4.3 Le simple fait que l'expert ait rapporté que "selon ses dires [les dires de l'assuré], il n'a jamais pris d'antidépresseur à cause de ses convictions religieuses chrétiennes" (dos. AI 133.2/2) ne permet pas de remettre en cause la fiabilité de l'expertise. N'en contredise le recourant, cette affirmation est confirmée par la psychiatre traitante de l'assuré qui, dans un rapport du 18 janvier 2021, a mentionné que "vu sa croyance, le patient ne prend pas des médicaments à part du Temesta" (dos. AI 149/3). Or, le Temesta, qui appartient à la famille des benzodiazépines, est un médicament utilisé principalement dans le traitement de l'anxiété

(anxiolytique) et de l'insomnie. Ce type de médicaments a pour mécanisme d'action de renforcer la transmission de l'influx nerveux cérébral dans les synapses (Larousse médical, 1998, p. 127). Il n'a en revanche pas pour but de traiter la dépression comme le feraient les antidépresseurs (voir Larousse médical, 1998, p. 77). Certes, une lecture attentive du dossier permet de constater que le médecin traitant de l'assuré lui avait prescrit, en 2009, de l'Efexor (2 x 37.5 mg/jour; voir dos. AI 22/42), soit un antidépresseur, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (voir [https://compendium.ch/fr:rubrique_recherche / produit / EFEXOR ER caps 37.5 mg](https://compendium.ch/fr:rubrique_recherche/_produit/EFEXOR_ER_caps_37.5_mg)). Force est toutefois de constater que l'expert s'est principalement appuyé sur les déclarations de l'assuré pour retenir qu'on ne lui avait "jamais" prescrit d'antidépresseur. Quoi qu'il en soit, l'expert n'a tiré aucune conclusion de cette affirmation, ni sur le diagnostic établi, ni sur la capacité de travail (dos. AI 133.2/6). Pour le surplus, l'expert s'est borné à indiquer que la psychiatre traitante de l'assuré ne lui avait prescrit aucun antidépresseur ce qui n'est pas contestable (voir ci-dessus et dos. AI 149/3). Dans ces conditions, la valeur probante de l'expertise ne saurait être mise en doute pour ce motif. Quant à la remarque de l'expert selon laquelle l'assuré s'accommoderait de sa situation et ne ferait pas beaucoup d'effort pour mener à bien une mesure de réadaptation, elle a trait à l'évaluation d'une éventuelle mesure de réadaptation ou chance de guérison, sans qu'on puisse y voir un jugement de valeur dépréciatif. Finalement, s'agissant du commentaire de l'expert qui s'étonne que l'assuré n'ait pas pris de comprimé Temesta juste avant l'entretien, il convient d'admettre avec le recourant que, selon la littérature médicale, la somnolence constitue l'un des effets secondaires des benzodiazépines, constituant ainsi un effet dangereux chez les conducteurs (Larousse médical, 1998 p. 127). Toutefois, une fois encore, le spécialiste en psychiatrie ne tire de cette remarque aucune conclusion sur les diagnostics ou la capacité de travail de l'assuré, de sorte que la valeur probante de l'expertise ne saurait être niée pour cette raison.

6.4.4 Finalement, l'évaluation consensuelle livre une appréciation coordonnée des atteintes concernées et de leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. C'est ainsi avec une argumentation concluante que les experts ont expliqué que la personnalité de l'assuré

avait une incidence sur les relations interpersonnelles de celui-ci, mais pas sur la capacité de travail. C'est également de manière pleinement probante qu'ils se sont mis d'accord, au terme de leur consensus, sur une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% d'ordre rhumatologique dans une activité adaptée, à savoir une activité ne comportant pas de port de charge de plus de 8 kg de façon répétée ni de maintien de position penchée en avant avec effort de levage et dans laquelle la conduite automobile ne dépasserait pas une heure et sans port de charges lors de la montée ou la descente de la voiture (dos. AI 133.1/5).

6.5 Au vu du développement ci-avant, pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2021. Il y a donc lieu d'admettre, comme l'ont attesté les experts, que le recourant ne présente aucune incapacité de travail sur le plan somatique ou psychiatrique dans une activité adaptée (voir c. 6.4.4 ci-dessus), mais qu'une diminution de rendement de 20% doit être reconnue pour des motifs d'ordre rhumatologique (dos. AI 133.1/5). Par ailleurs, la capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20% existe depuis toujours dans une activité adaptée (dos. AI 133.1/5).

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

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) et du moment à partir duquel un droit à une rente AI pourrait être reconnu à l'assuré, c'est-à-dire 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). Dans la mesure où l'incapacité de travail totale du recourant a été attestée dès le 19 février 2016 (voir c. 4.2.1 ci-dessus) mais que celui-ci a déposé son formulaire de demande seulement en septembre 2019, l'année de référence pour la comparaison des revenus est l'année 2020 (délai de carence de six mois échu en mars 2020) et non l'année 2017 comme mentionné à tort par l'Office AI Berne dans sa décision litigieuse.

7.3 On ne saurait reprocher à l'Office AI Berne d'avoir déterminé le revenu de valide sur la base statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). En effet, lorsque des indices concrets déterminants font défaut pour fixer le revenu réalisable sans atteinte à la santé, il faut se rabattre sur des valeurs statistiques comme celles prises en compte dans l'ESS (ATF 144 I 103 c. 5.3; SVR 2019 UV n° 40 c. 6.2.3). En l'espèce, il ressort des pièces au dossier que l'assuré n'a plus travaillé depuis plusieurs années (2011, voir extrait CI, dos. AI 137/3), sauf divers emplois de courte durée (p.ex. livreur de pizzas en 2015; dos. AI 137/3). Dans ces circonstances, le recours au salaire statistique se justifie pleinement. L'assuré ne peut être suivi lorsqu'il estime qu'un montant de Fr. 90'700.- aurait dû être pris en considération à titre de revenu de valide. Celui-ci n'est en effet pas représentatif des salaires qu'il a perçus durant l'ensemble de sa carrière professionnelle puisqu'un tel revenu n'a été atteint qu'en 2003 et 2004. A cet égard l'on mentionnera que ce que la personne assurée pourrait gagner dans le meilleur des cas n'est pas déterminant (ATF 135 V 58 c. 3.1, 131 V 51 c. 5.1.2; SVR 2019 IV n° 62 c. 6.1). Par conséquent, selon les valeurs moyennes de l'ESS, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'417.- (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") ou Fr. 65'004.- 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 (ATF 126 V 75 c. 3b/bb; soit un montant de Fr. 67'766.67). Indexé à 2020, le salaire annuel correspond ainsi à Fr. 68'906.- (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.-; 2020: 2'298.-).

7.4 Pour le revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'exerçait pas d'activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 6.4.4 ci-dessus) au moment de la décision contestée, l'intimé s'est fondé à raison sur les valeurs moyennes prises en compte dans l'ESS. Le salaire annuel correspond à Fr. 68'906.- (Fr. 65'004.- 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"; indexé à 2020 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.-; 2020: 2'298.-). Le montant articulé par l'assuré dans son recours de Fr. 38'400.- à titre de revenu d'invalidé n'est nullement étayé et ne repose sur aucun fondement. On ne saurait s'écarter des valeurs moyennes de l'ESS. Force est toutefois de constater que s'agissant du revenu d'invalidé, l'Office AI Berne n'a pas pris en compte la diminution de rendement de 20% pourtant retenue dans l'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2021 (dos. AI 133.1/5), se limitant à retenir un abattement de 10%. Le point peut toutefois rester indécis du fait que même en tenant compte de cette diminution de rendement de 20% et de l'abattement supplémentaire de 10% consenti par l'Office AI Berne (le cumul de ces deux pourcentages n'étant au demeurant pas d'emblée acquis), le revenu d'invalidé à prendre en considération s'élèverait au moins à Fr. 49'613.-.

7.5 La comparaison du revenu de valide avec le revenu d'invalidé conduirait à un degré d'invalidité de 28%, en tout les cas insuffisant pour

ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a refusé tout droit à une rente d'invalidité au recourant.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et 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^{bis} LAI). 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).

8.3 Le recourant a toutefois requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

8.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

8.3.2 La condition financière est manifestement remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance financière des services sociaux (voir attestation du service social du 15 novembre 2021 et feuille de calcul du budget d'aide social des mois de septembre à novembre 2021 joints à l'appui de la requête d'assistance judiciaire du 15 novembre 2021; ATF 144 III 531 c. 4.1, 122 I 5 c. 4a; SVR 2017 IV n° 87 c. 2.1). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 140 V 521 c. 9.1; SVR 2021 ALV n° 13 c. 8.1). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais de procédure sont ainsi provisoirement supportés par le canton de Berne au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat qui a représenté le recourant durant la présente procédure est désigné en qualité de mandataire d'office.

8.3.3 La note d'honoraires du 13 janvier 2022 de l'avocat du recourant fait montre d'honoraires à hauteur de Fr. 1'012.50 pour 3.75 heures de travail au tarif horaire de Fr. 270.- et ne porte pas à la critique. Les honoraires de l'avocat du recourant sont ainsi taxés à Fr. 1'012.50 auxquels s'ajoutent Fr. 102.40.- de débours et Fr. 85.85 de TVA. Eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 918.05 au titre du mandat d'office, à savoir des honoraires de Fr. 750.- (3.75 heures à Fr. 200.-, selon l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 102.40 (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11]), ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]) et de la TVA de Fr. 65.65.

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

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. _____ désigné comme avocat d'office.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B. _____ sont taxés à Fr. 1'012.50, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 102.40 et la TVA par Fr. 85.85; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 918.05 (honoraires: Fr. 750.-, débours: Fr. 102.40 et TVA de Fr. 65.65) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son 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).