

**200.2023.178.AI**  
N° AVS  
BOR/EGC

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

**Jugement du 6 octobre 2023**

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président  
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges  
D. Borel, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 8 février 2023



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1969, marié et père de deux enfants majeurs, est entré en Suisse en 2012. Sans formation certifiée, il a travaillé en dernier lieu à 100% en qualité d'ouvrier de construction pour une entreprise de location de service jusqu'au début du mois de juillet 2017. Le 3 juillet 2017, il s'est blessé à l'épaule en voulant se protéger d'une brouette tombée sur lui après avoir chuté d'un échafaudage. Une incapacité de travail de 100% a été attestée dès le 8 août 2017. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Indiquant souffrir de troubles de l'épaule gauche depuis l'accident, l'assuré a également déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne le 14 avril 2018.

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a requis le dossier de la Suva, sollicité des informations du dernier employeur et obtenu les rapports médicaux en possession du médecin traitant. Il a ensuite octroyé à l'assuré une mesure d'aide au placement, ainsi qu'un stage en vue d'une réadaptation professionnelle (interrompu prématurément), puis il a rendu un préavis de décision, au terme duquel il envisageait de mettre fin aux mesures professionnelles, ce qu'il a confirmé par décision du 17 juillet 2019, suite à la réception d'un rapport d'une entreprise dans laquelle l'assuré avait suivi un entraînement progressif au travail. Après avoir complété la documentation médicale, notamment par un rapport d'une clinique dans laquelle l'intéressé avait été pris en charge à l'initiative de la Suva, de même que par les conclusions du médecin d'arrondissement de cette dernière, l'Office AI Berne a fait savoir, par préavis du 15 novembre 2019, qu'il entendait accorder à l'assuré une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 31 décembre 2019. L'assuré a contesté ce préavis par pli du 9 décembre 2019, complété les 26 et 30 mars 2020.

L'Office AI Berne a alors recueilli des renseignements complémentaires auprès du psychologue de l'assuré, de son médecin généraliste et du service de médecine de la douleur d'un hôpital régional. Sur recommandation du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a diligenté une expertise orthopédique et psychiatrique auprès d'un centre d'expertise (rapport du 28 avril 2022), puis a informé l'assuré, dans un nouveau préavis du 3 mai 2022, qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> octobre 2018 jusqu'au 30 juin 2021. Suite à de nouvelles objections formulées le 3 juin 2022 par l'assuré contre ce préavis, complétées par la production d'un nouveau rapport du psychologue traitant, l'Office AI Berne a invité le centre d'expertise à répondre à des questions complémentaires. Après avoir reçu, le 14 juillet 2022, la réponse de cet établissement (rédigée par une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ayant expertisé l'assuré), l'Office AI a confirmé son préavis, par décision du 8 février 2023. De son côté, la Suva avait dans l'intervalle exclu tout droit à une rente d'invalidité dans une décision sur opposition du 25 mai 2020, confirmée par jugement du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) du 25 juin 2021 (JTA LAA/2020/495).

### **C.**

Par acte expédié le 14 mars 2023, l'assuré, représenté par un avocat, a porté le litige devant le TA en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 8 février 2023 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité "à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021" (recte: au-delà du 30 juin 2021). Dans son mémoire de réponse du 3 avril 2023, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais. Le mandataire du recourant a transmis sa note d'honoraires le 13 avril 2023.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 8 février 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et alloue au recourant une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 30 juin 2021. L'objet du litige porte sur l'annulation (partielle) de cette décision en tant qu'elle nie au recourant le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 juin 2021. Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise diligentée par l'intimé et de son complément du 14 juillet 2022. C'est le lieu de préciser que l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; SVR 2019 IV n° 32 c. 3.2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

**1.2** Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et 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 TA 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, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1 et les références). En l'occurrence, si la décision entreprise est certes postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le droit du recourant à une rente est né antérieurement à cette date, de sorte que la cause doit être examinée selon les normes en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (parmi d'autres exemples, voir VGE IV/2022/309 du 21 octobre 2022 c. 3).

**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 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).

**2.3** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1; SVR 2020 IV n° 48 c. 8.1.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question

cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**2.4** 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 [RO 2007 5129]), 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.

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

**2.6** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner

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

**2.7** L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

### **3.**

**3.1** Dans la décision attaquée, l'Office AI Berne, sur la base notamment du rapport d'expertise du 28 avril 2022 et du courrier que lui a adressé l'experte psychiatre le 14 juillet 2022 (en réponse à ses questions complémentaires), a retenu que le recourant avait présenté, jusqu'au 31 mars 2021, une totale incapacité de travail dans toute activité, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018 (six mois après le dépôt de la demande) et jusqu'au 30 juin 2021. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2021, le recourant avait recouvré une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée, à savoir une profession permettant d'éviter le port répété ou prolongé de charges supérieures à 10 kg, les travaux de force avec le membre supérieur gauche, ainsi que les mouvements répétés ou prolongés avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux ou au-dessus du plan des épaules. Vu le recouvrement d'une telle capacité de travail dès avril 2021, la comparaison des revenus (avec et sans invalidité) ne mettait plus en évidence qu'un degré d'invalidité de 16%, ce qui justifiait la suppression de la rente avec effet au 30 juin 2021, trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

**3.2** De son côté, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 28 avril 2022 et principalement de son volet psychiatrique, qu'il juge contradictoire et incompréhensible. En particulier, il fait valoir que l'experte psychiatre s'est contredite en retenant une capacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021, alors même qu'une capacité de travail nulle doit être déduite de son appréciation médicale (vu notamment la mention par l'experte d'une évolution psychique positive jusqu'en 2020, moment de l'apparition d'un épisode dépressif et d'un trouble anxieux, puis défavorable et stagnante dès 2021, ainsi que d'un pronostic positif pour l'avenir, conditionné à un ajustement de la posologie médicamenteuse et du suivi psychothérapeutique). Toujours selon le recourant, les nombreuses contradictions ressortant de l'expertise n'ont pas échappé à l'intimé, lequel a invité l'experte psychiatre à se déterminer sur certaines d'entre elles. Le recourant déplore toutefois qu'en se bornant à confirmer la conclusion de l'expertise tendant à lui reconnaître une capacité de travail de 100% depuis avril 2021, l'experte psychiatre n'ait pas répondu aux questions complémentaires posées. Enfin, le recourant reproche aux experts, respectivement à l'intimé, de ne pas avoir suivi la grille d'évaluation prévue par la jurisprudence applicable aux syndromes somatoformes douloureux persistants et de ne pas avoir fait compléter l'expertise par un examen rhumatologique.

#### **4.**

**4.1** L'intimé s'est procuré le dossier de la Suva, dont il ressort essentiellement les éléments suivants.

**4.1.1** Dans une déclaration de sinistre du 11 août 2017, il a été annoncé à la Suva qu'après qu'une planche eût cédé sous son poids, le recourant avait chuté d'un échafaudage sur lequel il se trouvait avec une brouette de mortier (voir aussi dossier [dos.] AI 2.37/1). Celle-ci était tombée sur lui et il s'en était protégé avec le bras gauche, ensuite de quoi il avait souffert de douleurs au niveau de l'épaule gauche. L'intéressé n'avait consulté son médecin en Suisse qu'à son retour de vacances. Une incapacité de travail à 100% avait alors été attestée dès le 8 août 2017 (dos. AI 2.43/1).

**4.1.2** Le recourant s'est adressé à la clinique orthopédique d'un hôpital régional. Dans un rapport du 21 septembre 2017 (dos. AI 2.13/13), consécutif à une IRM (dos. AI 2.17/1), un spécialiste en orthopédie de cet établissement a retenu les diagnostics de tendinose et rupture ventrale du sus-épineux, de lésion du bord supérieur sub-scapulaire avec bursite débutante après contusion le 3 juillet 2017, ainsi que d'épaule gelée post-traumatique. Après avoir revu son patient en consultation le 27 novembre 2017 et constaté une mobilité toujours limitée de l'épaule gauche, ce spécialiste a prescrit un traitement de physiothérapie (dos. AI 2.15/1). Les douleurs et limitations persistantes de la mobilité (dos. AI 2.11/2) ont motivé une intervention chirurgicale de l'épaule gauche, qui a eu lieu le 9 février 2018 (ténodèse du long-chef du biceps, suture du supra-épineux et acromioplastie; dos. AI 2.5/1). Dans leurs rapports subséquents (dos. AI 2.4/1, 13/2, 32.13/2, 32.38/2, 32.43/1 et 32.48/1; voir en outre le rapport du 10 janvier 2019, retenant le diagnostic de douleurs persistantes avec capsulite adhésive de l'épaule gauche, dos. AI 32.11/2), les spécialistes en orthopédie chargés du suivi de l'intéressé ont relaté qu'en dépit d'une infiltration, les douleurs subsistaient, tout comme la mobilité limitée de l'épaule gauche. Une incapacité de travail totale a été attestée.

**4.1.3** Sur recommandation du médecin d'arrondissement de la Suva, l'assuré a séjourné dans une clinique de réadaptation du 15 janvier au 19 février 2019. Dans un rapport rédigé le 6 mars 2019, a été retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles persistantes de l'épaule gauche. Ont en outre été posés les diagnostics secondaires de capsulite rétractile de l'épaule gauche; tendinopathie du long-chef du biceps gauche, rupture partielle du tendon du supra-épineux gauche, arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale; lipome du versant supérieur de l'épaule gauche; sensations vertigineuses avec une équilibration perturbée. Les médecins du centre de réadaptation ont mis en évidence diverses limitations fonctionnelles affectant l'épaule gauche, excluant les activités impliquant des mouvements répétitifs et/ou prolongés avec le membre supérieur gauche en porte à faux ou au-dessus du plan des épaules, le port répété ou prolongé de charge supérieures à 10-15 kg, ainsi que les travaux de

force avec le membre supérieur gauche. Ces médecins ont jugé défavorable le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'ouvrier de la construction. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations susmentionnées, le pronostic leur paraissait favorable et l'on pouvait s'attendre à une capacité de travail entière. Ils ont toutefois relevé l'existence de facteurs "non médicaux", susceptibles d'interférer avec le processus de réinsertion.

**4.1.4** Après être sorti de la clinique de réadaptation, le recourant a été vu en consultation par son orthopédiste traitant qui, dans un rapport du 27 mars 2019, a mentionné une persistance des douleurs, tout en relevant qu'une IRM n'avait pas permis de trouver une cause mécanique aux plaintes et en préconisant une prise en charge par un spécialiste de la douleur. Après avoir relevé, le 2 mai 2019, une légère diminution des plaintes et recommandé un examen par le médecin d'arrondissement, ce spécialiste a relaté, le 10 juillet 2019, que le recourant avait refusé la thérapie de la douleur suggérée, mais qu'il avait malgré tout besoin d'une thérapie intense pour mobiliser son épaule.

**4.1.5** Dans son rapport final du 1<sup>er</sup> octobre 2019, le médecin d'arrondissement (généraliste) a retenu les diagnostics suivants: déchirure partielle transfixiante des fibres antérieures du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche, épaule gelée, infiltration sub-acromiale et intra-articulaire (le 21 septembre 2017), ténodèse du long chef du biceps, suture du tendon du muscle supra-épineux gauche et acromioplastie modifiée (le 9 février 2018), persistance de douleurs à l'épaule gauche et rupture partielle du tendon du supra épineux, lésion SLAP (selon arthro-IRM du 9 janvier 2019). Ce médecin a retenu que le recourant était en mesure d'exercer une activité à plein temps, ne nécessitant pas de mouvements répétitifs et/ou prolongés avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux ou au-dessus du plan des épaules, ni de port répété ou prolongé de charges au-delà de 10 à 15 kg avec les deux mains, ni de travaux de force avec le membre supérieur gauche. Dans un bref rapport complémentaire du 10 novembre 2020, le médecin d'arrondissement a confirmé son appréciation.

**4.1.6** Dans des rapports datés notamment des 19 décembre 2019, 4 février et 11 mai 2020, l'orthopédiste traitant a posé les diagnostics de

syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche, ainsi que de myogélose massive nuccale et trapézoïdale gauche. Il a en outre prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2020.

**4.1.7** Les spécialistes en orthopédie ayant suspecté la présence d'un corps étranger ou d'une infection à bas bruit, le recourant a subi, le 10 novembre 2020, une nouvelle opération au niveau de l'épaule gauche (arthroscopie diagnostique, biopsie, adhésiolyse, "sulcus-release" du long tendon du biceps et retrait de fils résiduels). Dans deux rapports datés des 8 janvier et 29 mars 2021, l'orthopédiste traitant a indiqué que les douleurs persistaient et que les investigations effectuées jusqu'alors n'avaient toujours pas permis d'en identifier la cause. Une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'à deux mois après le dernier écrit (voir aussi dos. AI 105/2, 112.10/2 et 112.14/2 et 112.18/1).

**4.2** L'intimé a encore recueilli les documents suivants.

**4.2.1** Dans le cadre de mesures de réadaptation de l'AI, le recourant a suivi un stage d'entraînement progressif auprès d'une entreprise spécialisée dans la réinsertion professionnelle du 1<sup>er</sup> avril au 28 mai 2019, date à laquelle cette mesure a été interrompue, suite à la transmission de deux certificats d'arrêt de travail. Dans le rapport du 3 juin 2019, établi à l'issue de la mesure, les responsables du stage ont relaté que l'intéressé s'était montré volontaire et consciencieux pour travailler en atelier, mais que ses aptitudes motrices et intellectuelles leur paraissaient insuffisantes pour qu'il réintègre le marché primaire de l'emploi. Les difficultés physiques de l'intéressé entravaient la stabilité professionnelle à long terme, et ce dernier n'avait pu assimiler de façon adéquate certaines consignes en raison de sa compréhension limitée de la langue française.

**4.2.2** Il ressort d'un rapport du 6 février 2020, produit par le recourant à l'appui de ses objections au premier préavis de décision de l'AI, que le médecin généraliste traitant a signalé le développement d'un stress post-traumatique et d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel, suite à l'accident de 2017 et à la pseudo-paralysie de l'épaule. Ce praticien a prescrit un traitement antidépresseur et a adressé son patient chez un psychiatre. En parallèle, il a certifié un arrêt de travail à 100% pour cause

d'accident dès le 4 février 2020 (dos. AI 78/6 s). Dans un rapport subséquent du 13 mai 2020, ce médecin a fait état d'une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, ainsi que de douleurs post-traumatiques, de séquelles psychologiques et d'un état anxio-dépressif sévère. Il a considéré que le recourant était définitivement incapable d'exercer sa profession antérieure de maçon, mais qu'il devrait être en mesure de retrouver une activité adaptée, moyennant un reclassement professionnel.

**4.2.3** Le 5 mars 2020, un spécialiste en neurologie a indiqué qu'un récent électromyogramme n'avait pas permis de mettre en évidence une atteinte radiculaire ou plexuelle, de sorte que les douleurs ne pouvaient pas être corrélées à une névralgie cervico-brachiale.

**4.2.4** Le 3 août 2020, le psychologue et psychothérapeute traitant a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de stress post-traumatique (ch. F43.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), ainsi que de troubles anxieux généralisés (ch. F41.1 CIM-10) et de dépression récurrente, épisode actuel moyen (ch. F33.1 CIM-10). Dans un envoi du 27 juillet 2021, ce thérapeute a signalé une aggravation de l'état de santé. Il a relevé que le recourant tenait un discours très négatif, à la limite suicidaire. L'incapacité de travail était totale et seule pouvait être envisagée une activité exercée à temps partiel, au sein d'un atelier protégé.

**4.2.5** Le 16 novembre 2020, un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur du SMR a retenu que, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2019, l'on pouvait exiger du recourant qu'il exerce à plein temps une activité adaptée légère, exceptionnellement moyennement astreignante, permettant d'éviter le soulèvement répété de charges au-dessus de la poitrine, les travaux avec les bras au-dessus du ventre et le membre supérieur gauche au-dessus de la tête, ainsi que les montées d'échelles et d'échafaudages. Le 12 janvier 2022, ce même médecin a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique, après avoir relevé que l'intéressé était désormais suivi par un psychologue.

**4.2.6** Le service de médecine de la douleur d'un hôpital régional a établi un rapport le 5 octobre 2021. Il en ressort qu'après une première consultation en janvier 2020, l'assuré a été régulièrement suivi par ce service depuis le mois de juin 2021. Il y a subi diverses infiltrations et séances de neurostimulation électrique transcutanée (TENS), lesquelles n'ont toutefois pas permis d'améliorer ses douleurs.

**4.2.7** Les médecins du centre d'expertise mandaté par l'intimé, spécialisés respectivement en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 28 avril 2022, après avoir examiné le recourant. Ils ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10) et de status après contusion de l'épaule gauche avec déchirure partielle du sus-épineux et tendinopathie du tendon du biceps, traitées chirurgicalement. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu ceux de trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F 41.2 CIM-10) et de douleurs lombaires basses sur déconditionnement. L'expert orthopédiste a relevé en substance que l'intéressé présentait une limitation de la mobilité de l'épaule gauche, accompagnée de douleurs et de blocages, mais sans atrophie musculaire. En revanche, la mobilité de l'épaule droite était normale et les examens médicaux n'avaient pas mis en évidence de lésion susceptible d'expliquer la symptomatologie. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 3 juillet 2017, mais de 100% dans toute activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021 (six semaines après l'opération du 10 novembre 2020). De son côté, l'experte psychiatre a estimé que, du point de vue "strictement psychiatrique", la capacité de travail était "de 100% jusqu'en avril 2020 dans l'activité habituelle et l'activité adaptée et, après l'intervention chirurgicale de 2020, de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans l'activité adaptée". A l'issue de leurs examens et sous le chapitre de leur rapport intitulé "évaluation consensuelle", les experts ont conclu que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle de maçon dès 2020 (au plan psychiatrique) et dès "la date de l'accident" (au plan somatique). En revanche, ils ont jugé que dans une activité adaptée, l'intéressé avait recouvré une capacité de travail entière "à

partir de 2020" (au plan psychiatrique) et "depuis avril 2021" (au plan somatique).

**4.2.8** Suite aux objections formulées le 3 juin 2022 par l'intéressé contre le préavis de décision, l'intimé a invité le centre d'expertise qu'il avait mandaté à répondre à des questions complémentaires. L'experte psychiatre a donné suite à cette demande par un courrier du 14 juillet 2022. A la première question (l'invitant à prendre position sur la contradiction entre la pleine capacité de travail qu'elle avait retenue du point de vue psychiatrique "à partir de 2020" et l'évolution défavorable dont elle avait fait état "après 2020", devenant chronique "à partir de 2021", ainsi que sur la date à partir de laquelle une capacité de travail entière avait été retenue de façon consensuelle par les experts), l'experte psychiatre a répondu que la capacité de travail était entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021. A la deuxième question posée (celle de savoir si un déconditionnement évoqué dans son rapport était dû à une inactivité et à un éloignement professionnel ou à une autre raison médicale), l'experte a répondu que le déconditionnement était lié à l'inactivité de l'intéressé et à son éloignement du monde du travail.

**4.2.9** Le 14 juin 2022, le psychologue et psychothérapeute traitant a pris position sur l'expertise. Après avoir relevé que l'accident avait provoqué chez son patient une perte d'autonomie, dans le sens d'une dépendance vis-à-vis de son épouse, ce thérapeute a réaffirmé que son pronostic de reprise du travail était négatif et préconisé une évaluation des capacités professionnelles au sein d'une "structure protégée". Par ailleurs, en relation avec son diagnostic de stress post-traumatique – que l'experte psychiatre avait écarté – il a indiqué qu'il était clairement ressorti de ses premiers entretiens avec l'assuré des symptômes idoines (flashbacks, cauchemars, perte d'envie, etc.), auxquels s'ajoutaient encore une inadaptation sociale et le développement d'idées paranoïaques.

## 5.

Il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 28 avril 2022 et du complément rédigé par l'experte psychiatre le 14 juillet 2022, sur lesquels se fonde la décision attaquée.

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

**5.2** En l'occurrence, d'un point de vue formel, il convient tout d'abord de relever que les qualifications des experts en psychiatrie et en chirurgie orthopédique ne prêtent pas flanc à la critique. Les experts ont procédé à un examen personnel du recourant et tenu compte de ses plaintes subjectives, après avoir restitué de façon détaillée l'anamnèse (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et résumé les principaux documents recueillis par l'intimé (dos. 161.1/5-24). Les résultats de l'expertise ont ainsi été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Quant au grief d'ordre formel par lequel le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre un examen rhumatologique (malgré le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué dans l'expertise), il se révèle infondé. En effet, contrairement à ce que le recourant semble considérer, l'intimé n'avait pas à ajouter à l'expertise un volet rhumatologique, puisque selon la jurisprudence, des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur – telles que celles déplorées en l'espèce au niveau de l'épaule gauche et du rachis lombaire – relèvent aussi bien de la rhumatologie que de l'orthopédie (voir arrêts du Tribunal fédéral [TF] 8C\_481/2021 du 4 février 2022 c. 4.2.1, 8C\_602/2017 du 1<sup>er</sup> mars 2018 c. 4.3 et les références; sur la nécessité éventuelle de mettre en œuvre une expertise rhumatologique en cas de trouble somatoforme douloureux persistant, voir également ATF 141 V 281 c. 10.2 in fine). Partant, force est d'admettre que l'expert en chirurgie orthopédique du centre d'expertise mandaté par l'intimé disposait de qualifications professionnelles suffisantes pour prendre en compte les souffrances du recourant sous l'angle somatique. Cela étant dit, il ne va pas de soi que l'expertise aboutit à des

conclusions détaillées et étayées, de sorte à satisfaire aux critères jurisprudentiels permettant d'admettre sa valeur probante (formelle). En effet, il résulte de l'examen matériel qui suit que ces conclusions s'avèrent en partie incohérentes, en particulier sur le plan psychiatrique. Sur un plan strictement formel, l'expertise bidisciplinaire satisfait donc aux exigences jurisprudentielles, sous réserve de ses conclusions, dont le caractère probant relève d'une appréciation matérielle à laquelle il sera procédé ci-après.

**5.3** Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant aux experts impliquent essentiellement qu'ils posent un diagnostic et décrivent l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail (voir TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1). S'agissant plus particulièrement d'un trouble somatoforme douloureux ou d'autres troubles psychiques, les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2 et 7.2, 141 V 281 c. 2.1.1).

**5.4** En l'occurrence, il convient de relever d'emblée que le volet orthopédique de l'expertise n'est (à juste titre) pas remis en cause par le recourant. Après avoir retenu le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de status après contusion de l'épaule gauche, avec déchirure partielle du sus-épineux et tendinopathie du tendon du biceps traitée chirurgicalement, l'expert en chirurgie orthopédique a exposé en substance que le recourant présentait une mobilité limitée de l'épaule gauche, associée à des douleurs et à des blocages lorsqu'elle était manipulée. Il n'a en revanche pas constaté d'atrophie musculaire, ni de lésion susceptible d'expliquer la symptomatologie. Se ralliant aux conclusions du médecin d'arrondissement de la Suva, l'expert en chirurgie orthopédique a conclu qu'en raison de la mobilité limitée et des douleurs affectant son épaule gauche, le recourant était, depuis son accident, totalement incapable d'exercer sa profession antérieure de maçon. En revanche, d'un point de vue physique, l'on pouvait exiger de l'intéressé qu'il exerce à 100%, depuis le mois d'avril 2021, une activité adaptée à son handicap (soit toute profession exercée principalement en position assise, permettant d'alterner

les positions et d'éviter la mobilisation de l'épaule gauche au-dessus de la ceinture scapulaire ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg avec le membre supérieur gauche). Sous l'angle strictement orthopédique, il n'y a pas lieu de mettre en doute le profil d'exigibilité et les conclusions – incontestées – retenus par l'expert, lesquels découlent d'un examen personnel approfondi de l'assuré (dos. AI 161.1/36) et rejoignent ceux exprimés par le médecin d'arrondissement de la Suva dans son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2019. Dans ce contexte, on relèvera encore que dans le jugement qu'il a rendu dans le cadre de la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents, le TA avait retenu une capacité de travail de 100%, au plan orthopédique dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, après avoir considéré que le rapport précité du médecin d'arrondissement était probant (JTA LAA/2020/495 du 25 juin 2021 c. 5).

**5.5** En ce qui concerne le volet psychiatrique du rapport, l'experte a justifié de façon succincte mais convaincante le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (ch. F45.4 CIM-10), tout comme celui, sans effet sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41.2 CIM-10). L'experte a motivé son diagnostic en relatant que le recourant se plaignait essentiellement d'une douleur intense et persistante, qui n'était pas entièrement expliquée par un processus physiologique et qui survenait dans un contexte de détresse émotionnelle, en relation avec des dettes que l'intéressé avait contractées dans son pays d'origine. Il en résultait une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins à l'égard du recourant (dos. AI 161.1/45). Force est de constater que la description du syndrome douloureux somatoforme persistant donnée par l'experte correspond pratiquement mot pour mot à celle figurant dans la CIM-10 (voir les ch. F45 et F45.4 CIM-10). En outre, l'experte a précisé de façon compréhensible que les "signes précurseurs" du trouble somatoforme étaient apparus au début de l'année 2020, au moment où la Suva avait mis un terme à ses prestations, puis que s'y étaient ajoutés un épisode dépressif et un trouble anxieux, suite à la seconde opération de l'épaule effectuée en novembre 2020 (dos. AI 161.1/42 et 47). Par ailleurs, dans la mesure où l'experte a évalué les limitations du recourant à l'aide du canevas Mini-CIF-APP, elle a examiné de façon pertinente, à tout le moins

brèvement, si la pathologie diagnostiquée présentait un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (ATF 141 V 281 c. 2.1.1 - 2.1.2, 142 V 106 c. 4.2). L'experte a déduit de son analyse que la maladie était de gravité moyenne (dos. AI 161.1/47). A ce stade, on notera encore que l'experte, sans faire état d'une exagération manifeste de la part du recourant ou d'une simulation (ATF 141 V 281 c. 2.2), a néanmoins relevé une amplification des douleurs (dos. AI 161.1/47). Quant au diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, l'experte l'a justifié de façon concise mais intelligible, en indiquant avoir constaté des "signes cliniques" d'un trouble anxieux et d'un trouble dépressif concomitants, dont les intensités respectives étaient toutefois insuffisantes pour justifier des diagnostics séparés (dos. AI 161.1/42). De manière implicite, l'experte semble avoir considéré que la symptomatologie anxieuse et dépressive subsistant au moment de son examen ne suffisait pas en tant que telle à limiter la capacité de travail. A ce propos, il ressort de l'anamnèse psychiatrique que le recourant n'a évoqué ni pleurs, ni troubles de la mémoire, ni auto-reproches. En revanche, dans son status, l'experte a constaté, outre divers symptômes d'anxiété (agitation, ruminations, troubles de l'endormissement, palpitations, notamment), la présence de troubles de la concentration, d'idéations suicidaires, mais également d'une diminution de l'estime de soi, de l'humeur, de l'intérêt et du plaisir. L'experte semble avoir corrélé la baisse de l'humeur au traitement antalgique, en expliquant que l'humeur pouvait être négativement influencée, du fait que le recourant consommait des opiacés dans le but de soulager ses douleurs (dos. AI 161.1/40-42). Toujours au sujet de l'analyse diagnostique, on relèvera encore que l'experte a exposé de façon convaincante les raisons pour lesquelles elle avait écarté le diagnostic de stress post-traumatique (ch. F43.1 CIM-10) posé par le psychologue traitant, en soulignant notamment l'absence de phénomène de réviviscence ou de flashback, ainsi que le long délai de deux ans ayant séparé l'accident de l'apparition des symptômes. Dans l'ensemble et au regard de ce qui précède, il convient d'admettre que l'experte psychiatre a suffisamment étayé ses diagnostics à l'aune des critères de classification médicale prévus par la CIM-10.

**5.6** En revanche, force est d'admettre que le volet psychiatrique de l'expertise ne peut pas être suivi en tant qu'il porte sur l'évaluation de la capacité de travail. En particulier, la conclusion de l'experte psychiatre selon laquelle le recourant aurait recouvré une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée "à partir de 2020" ou "après l'intervention chirurgicale de 2020" (dos. AI 161.1/29 et 161.1/49) n'est pas motivée à satisfaction de droit et se révèle même contradictoire avec les indications qu'elle a fournies. A ce propos, on rappellera qu'après avoir décrit une amélioration initiale de la capacité de travail jusqu'en 2020, l'experte a fait état d'une évolution défavorable de celle-ci "après 2020", suivie d'une stagnation à partir de 2021 (dos. AI 161.1/48). En outre, l'experte a lié à la mise en œuvre de diverses mesures thérapeutiques (augmentation du traitement antidépresseur, suivi par un infirmier en psychiatrie, psychothérapie cognitivo-comportementale, avec entraînement progressif dans une activité adaptée) la perspective d'une amélioration sensible de la capacité de travail dans un délai de six mois. Elle a émis un pronostic positif pour l'avenir "dans une activité adaptée", en précisant toutefois que ce pronostic était tributaire de la poursuite du traitement et de l'ajustement du dosage d'antidépresseur (dos. AI 161.1/48-49). Or, de façon contradictoire avec l'évolution de la capacité de travail qu'elle a décrite et avec les mesures thérapeutiques proposées en vue d'améliorer cette capacité, l'experte a arrêté de façon rétrospective le recouvrement au plan psychiatrique d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée. Elle n'a de surcroît pas défini précisément la chronologie de ce rétablissement, qu'elle a situé tantôt "à partir de 2020" dans la rubrique de l'expertise intitulée "évaluation consensuelle", tantôt "après l'intervention chirurgicale de 2020" dans le volet psychiatrique du rapport (dos. AI 161.1/29 et 161.1/49). Invitée notamment à clarifier le sens de ses conclusions par l'intimé – qui en avait relevé le caractère ambigu – et à préciser depuis quand une capacité de travail entière avait été retenue de façon consensuelle par les experts, la spécialiste s'est limitée à répondre sur ce point que "la capacité de travail [était] entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021" (dos. AI 173/2). Ainsi, force est de constater avec le recourant que, bien qu'expressément interpellée à ce propos, l'experte psychiatre n'a pas clarifié de façon intelligible l'apparente contradiction entre sa conclusion relative au recouvrement "à partir de 2020" d'une capacité de travail de

100% dans toute activité adaptée, et l'évolution psychique défavorable dont elle a fait état en parallèle. A cela s'ajoute que l'énumération d'une série de mesures censées permettre à l'avenir d'améliorer sensiblement la capacité de travail paraît, elle aussi, difficilement conciliable avec la fixation rétrospective d'une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée. Enfin, dans la mesure où elle a retenu, "du point de vue strictement psychiatrique", une capacité de travail "de 100% jusqu'en avril 2020 dans l'activité habituelle et l'activité adaptée et, après l'intervention chirurgicale de 2020, de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans l'activité adaptée" (dos. AI 161.1/49), l'experte a formulé des conclusions qui ne sont guère compréhensibles. Non seulement celles-ci paraissent contradictoires, on l'a vu, avec l'évolution décrite de la capacité de travail et avec les traitements préconisés en vue d'augmenter celle-ci, mais l'experte n'a pas expliqué pourquoi son évaluation "strictement psychiatrique" de la capacité de travail divergeait du tout au tout, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Elle n'a pas davantage précisé pourquoi le mois d'avril 2020 était cité à ce stade. En définitive, faute d'explications circonstanciées permettant de lever les incertitudes et contradictions mises en évidence ci-dessus, la conclusion de l'expertise relative au recouvrement d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> avril 2021 ne saurait, en l'état, être tenue pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante. L'expertise est à cet égard incohérente et ne saurait par conséquent être qualifiée de probante.

**5.7** Vu l'absence de force probante du volet psychiatrique de l'expertise, il est inutile de procéder à un examen approfondi des indicateurs standards. Toutefois, dans la mesure où le recourant reproche aux experts de ne pas avoir suivi la grille d'évaluation prescrite par la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281), on relèvera brièvement ce qui suit.

**5.7.1** Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la

capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Si une atteinte à la santé psychique assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

**5.7.2** En l'occurrence, quand bien même l'expertise ne suit pas strictement la grille d'évaluation normative et structurée prévue par la jurisprudence, les réponses apportées par les experts permettent néanmoins d'identifier les aspects couverts par les indicateurs standards. Cela étant dit, l'analyse et les renseignements fournis par l'experte psychiatre en lien avec certains indicateurs s'avèrent excessivement succincts et mériteraient d'être complétés. En ce qui concerne l'indicateur relatif au succès ou à la résistance au traitement (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2), on regrette notamment que l'experte, après avoir conclu au recouvrement dès 2020 d'une capacité de travail de 100% sous l'angle psychiatrique, n'ait pas clairement expliqué pourquoi elle jugeait le recourant apte à travailler avant même la mise en œuvre des mesures thérapeutiques proposées. Il aurait également été souhaitable que l'experte discute brièvement de l'échec des traitements antalgiques entrepris auprès

du service de médecine de la douleur d'un hôpital régional. S'agissant par ailleurs de l'indicateur afférent au contexte social (ATF 141 V 281 c. 4.3.3), il n'est pas clair si le recourant présente un retrait social, le rapport d'expertise mentionnant d'une part que l'intéressé est soutenu par son épouse et des amis (dos. AI 161.1/28), d'autre part qu'il s'isole et n'a pas d'amis en Suisse, ni d'activités sociales (dos. AI 161.1/28 et 38-40). Des précisions à cet égard seraient pourtant utiles pour déterminer si des ressources mobilisables peuvent être tirées du contexte de vie du recourant. Ainsi, les considérations qui précèdent (voir c. 5.6-5.7) appuient encore la nécessité de compléter l'expertise.

**5.8** S'agissant enfin des autres appréciations médicales versées au dossier, elles ne permettent pas non plus au TA de se prononcer sur la capacité de travail et de gain du recourant dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> avril 2021. En effet, le psychologue traitant a certes conclu, dans son bref rapport du 27 juillet 2021, à une totale incapacité de travail et envisagé l'exercice d'une activité au sein d'un atelier protégé. Toutefois, ce thérapeute n'a pas expliqué en quoi ses diagnostics restreignaient la capacité de travail du recourant. Plus particulièrement, il n'a pas mis en évidence de limitations psychiques justifiant l'incapacité de travail attestée. Or, comme cela découle de ce qui précède (voir c. 2.3 ci-dessus), le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre le caractère invalidant de celle-ci. Dans son rapport subséquent du 14 juin 2022, le psychologue traitant a essentiellement discuté le diagnostic de stress post-traumatique écarté par l'experte psychiatre, sans véritablement contester l'analyse effectuée par cette dernière. A nouveau, le thérapeute n'a pas suffisamment détaillé les limitations observées chez son patient, bien qu'il ait brièvement mentionné une perte d'autonomie et certains symptômes associés selon lui au stress post-traumatique (inadaptation, retrait social et idées paranoïaques). Pour sa part, le service de médecine de la douleur d'un hôpital régional a établi, le 5 octobre 2021, un compte rendu des traitements administrés au recourant, mais sans se prononcer sur sa capacité de travail. Quant au médecin généraliste traitant, il a rédigé un bref rapport le 6 février 2020, dans le but d'adresser son patient chez un psychiatre, avant de compléter un rapport (manuscrit) destiné à l'AI le 13 mai 2020. Toutefois, vu la date à laquelle ils ont été établis et leur

caractère particulièrement succinct, ces documents ne sont pas susceptibles de renseigner le TA sur la capacité de travail du recourant pendant la période demeurant litigieuse – soit celle courant depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021 –, a fortiori en ce qui concerne les troubles psychiques, dont le généraliste a délégué le suivi. Les autres certificats et rapports figurant au dossier ne permettent pas non plus de statuer sur la capacité de travail et de gain éventuellement susceptible d'être mise en valeur dans une profession adaptée, malgré les troubles précités.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, il apparaît qu'à ce stade, les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas au TA de statuer, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 V 427 c. 3.2), sur la capacité de travail et de gain du recourant à partir du 1<sup>er</sup> avril 2021, partant sur le bien-fondé de la suppression (trois mois plus tard) de la rente entière d'invalidité qui lui a été accordée. En rendant une décision en l'état du dossier, notamment sur la base de l'expertise du 28 avril 2022, que l'on doit en l'état qualifier d'incomplète, d'imprécise et de non probante, l'intimé a violé le devoir d'instruction qui lui incombait (voir art. 43 LPG).

**6.2** Cela étant, la décision attaquée doit être annulée en tant qu'elle nie tout droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2021 et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision portant sur la période postérieure à cette date. En revanche, la rente entière d'invalidité accordée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et jusqu'au 30 juin 2021 – qui est incontestée – doit être confirmée, étant rappelé qu'est seule problématique l'amélioration de la capacité de travail (suivie d'une stagnation) retenue dans l'expertise dès le 1<sup>er</sup> avril 2021 (voir c. 5.6 in fine). Il appartiendra à tout le moins à l'intimé de faire compléter l'expertise, de manière à ce que celle-ci renseigne clairement sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail, en particulier en ce qui concerne la chronologie d'une éventuelle récupération de cette capacité sous l'angle psychiatrique. Il incombera également à l'intimé de faire compléter l'analyse sous l'angle des indicateurs prescrits par la jurisprudence (voir ci-dessus

c. 5.6-5.7, voir également ATF 141 V 281 et 143 V 418). Les résultats de ce complément d'instruction, qui inclura également une nouvelle discussion consensuelle, devront permettre d'établir la capacité (ou l'incapacité) de travail du recourant dans une activité adaptée, en tenant compte de ses éventuelles fluctuations, qui devront être investiguées si nécessaire en actualisant les données médicales. Sur cette base, l'intimé procédera à une nouvelle évaluation de l'invalidité jusqu'à la date de sa décision à venir.

## **7.**

**7.1** En conclusion, le recours est admis et la décision du 8 février 2023 annulée en tant qu'elle nie tout droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2021. La décision est confirmée en tant qu'elle accorde à l'intéressé une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2018 jusqu'au 30 juin 2021. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision portant sur le droit à une rente pour la période postérieure au 30 juin 2021.

**7.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA, art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**7.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant une rente AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a ainsi droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 108 al. 3 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 13 avril 2023, qui ne prête pas à discussion (si ce n'est en tant que les frais d'envois en courrier prioritaire de Fr. 1.10 sont comptés à double, soit avec

les honoraires et avec les débours) compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables, sont fixés à Fr. 2'222.80 (honoraires: Fr. 1'980.-, débours: Fr. 83.90 et TVA: Fr. 158.90) et mis à la charge de l'intimé (art. 108 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée, dans la mesure où elle nie tout droit à une rente à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais judiciaires, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'222.80 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par son mandataire,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier :

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).