

200.2013.246.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 19 mai 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et D. Baldin, juges  
A.-F. Boillat, greffière



A. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 22 février 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), d'origine B. \_\_\_\_\_, né en 1956, divorcé et père d'un enfant adulte, est géomètre de formation. A son arrivée en Suisse en 1980, il a travaillé en tant que chef de chantier. De 1997 jusqu'en 2000, il a dirigé des entreprises qui ont connu de graves difficultés financières. L'assuré a été mis en incapacité de travail à 100% dès le 19 juin 2000 pour dépression réactive. Il a déposé, le 10 juillet 2001, une demande de prestations (datée du 4 juillet 2010) auprès de l'assurance-invalidité (AI) dans le but de pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel, voire d'une rente AI.

Le 5 mai 2003, l'Office AI a accordé à l'assuré un droit à un reclassement professionnel en qualité de maître socioprofessionnel. Au terme de sa formation (ayant duré de mai 2003 à décembre 2010), ce dernier a obtenu le titre de "Bachelor of art en travail social" au sein d'une Haute Ecole spécialisée (HES). Par décision du 5 avril 2011, l'Office AI a classé le dossier, considérant que l'assuré était réadapté, dans une mesure excluant un droit à une rente AI. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a confirmé, dans son jugement du 17 février 2012 (JTA AI 2011/374), la décision précitée de l'Office AI s'agissant de la fin du reclassement professionnel, tout en l'annulant d'office (et si elle n'était pas nulle sur ce point) dans la mesure du refus (éventuel) de rente, faute de motivation.

**B.**

Sur cette base, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès du médecin traitant de l'assuré. Se fondant sur la prise de position de son Service médical régional (SMR), l'Office AI a nié à l'assuré, dans un préavis daté du 28 décembre 2012, un droit à l'obtention d'une rente AI en raison d'un degré d'invalidité de 31%. En dépit des objections formulées par l'assuré, l'Office AI, par décision formelle du 22 février 2013, a confirmé le contenu de son préavis.

## **C.**

Par acte daté du 21 mars 2013 (complété le 22 avril 2012 [*recte*: 2013]), l'assuré a recouru auprès du TA, concluant à l'annulation de cette décision et à ce qu'un quart de rente AI lui soit accordé, voire à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé en vue de l'établissement d'une expertise.

Dans son mémoire de réponse du 24 mai 2013 (renonciation à présenter une réponse), l'Office AI a conclu au rejet du recours.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 22 février 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de l'assuré à l'obtention d'une rente AI en raison d'un degré d'invalidité insuffisant de 31%. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'un quart de rente AI (selon l'interprétation des conclusions présentées dans le recours [p. 2] et complété le 22 avril 2013 [une rente d'invalidité à hauteur de 40%, selon la formulation du recourant, n'entrant pas dans les hypothèses légales prévues]) voire, implicitement, le renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction en vue de l'établissement d'une expertise par un médecin de l'AI.

**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, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale 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 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** En règle générale, l'état de fait et de droit déterminant est, au plus tard, celui qui prévalait à la date de la décision contestée, soit en l'espèce le 22 février 2013. Les dispositions matérielles de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI, entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (RO 2007 p. 5129), respectivement celles de la 6<sup>ème</sup> révision, premier volet, de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, sont donc en principe applicables au présent cas. Dans la mesure où la demande de prestations AI du recourant date du 4 juillet 2001 et où une partie des faits déterminants se sont ainsi réalisés avant l'entrée en vigueur du nouveau droit, les dispositions antérieures en vigueur à l'époque correspondante leur sont toutefois applicables (ATF 132 V 215 c. 3.1.1, 130 V 445 c. 1; voir c. 4.1 infra).

**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 dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008; ancien [anc.] art. 7 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

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 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008; anc. art. 28 al. 1 LAI).

**2.3** 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

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 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**2.4** L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA).

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer

(ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

### **3.**

**3.1** Dans la décision contestée du 22 février 2013, l'intimé, en prenant en compte la problématique du foie de l'assuré (cirrhose/fibrose suite à une hépatite C chronique), a considéré que dans sa nouvelle activité d'éducateur social, le recourant avait une pleine capacité de travail, moyennant une perte de rendement de 20%. En comparant les revenus hypothétiques avec et sans handicap, l'intimé a évalué le degré d'invalidité de l'assuré à 31%, niant ainsi au recourant un droit à une rente AI.

**3.2** Le recourant, quant à lui, dans son recours (complété), conclut à ce qu'un quart de rente AI lui soit octroyé (cf. c. 1.1). En estimant que les données médicales figurant au dossier ne sont plus actuelles et en sollicitant l'établissement d'une expertise auprès d'un médecin de l'AI, il conclut implicitement au renvoi de la cause à l'intimé.

### **4.**

Les sources médicales suivantes se prononcent sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant.

**4.1** Sous l'angle psychique et jusqu'au terme (décembre 2010) du reclassement professionnel, le médecin traitant a retenu en septembre 2001, comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, une dépression réactive à la suite de difficultés financières liées à l'activité professionnelle de ce dernier (dossier [dos.] AI 8/1). Le psychiatre traitant de l'assuré, quant à lui, a diagnostiqué, en septembre 2001 (dos. AI 11/2), avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif léger sans syndrome somatique (F.32.00) et une personnalité à traits narcissiques (F.60.8). Depuis lors et jusqu'en 2010, aucun autre spécialiste ne s'est exprimé sur la santé psychique du

recourant, à l'exception de son psychiatre traitant qui a considéré, en juin 2010, que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans sa nouvelle profession d'éducateur social et qu'il ne présentait plus de signes de dépression (dos. AI 127).

## **4.2**

**4.2.1** En relation avec l'hépatite C du recourant - dont il n'est question, pour la première fois au vu des documents médicaux versés au dossier, qu'en mai 2008 (dos. AI 128/7) -, la spécialiste en hépatologie a exclu, en août 2008, toute cirrhose du foie ou carcinome hépatocellulaire (dos. AI 128/5). En décembre 2008, les spécialistes de chirurgie viscérale de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ ont relevé une fibrose du foie chez l'assuré et considéré que la thérapie à envisager (traitements médicamenteux existants ou participation à une thérapie novatrice) pouvait, conformément au désir du recourant, être administrée ultérieurement, au terme de la mesure de reclassement professionnel du recourant (dos. AI 128/3).

**4.2.2** Dans son rapport à l'intention de l'AI, le médecin traitant de l'assuré a confirmé, le 8 juin 2010, le diagnostic d'hépatite C, en mentionnant la progression de la fibrose du foie. Il a aussi diagnostiqué une (probable) hypertension. Il a relevé que les symptômes liés à la fibrose du foie s'étaient aggravés depuis 2009 (fatigue, épuisement). Ce généraliste a aussi fait état d'une instabilité psychique du recourant. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, ce médecin a considéré que le taux d'activité de 80%, en tant que travailleur social, alors que la formation d'éducateur social était en voie d'achèvement, ne pouvait être augmenté (dos. AI 128/1) en raison de la fatigue éprouvée en relation avec l'hépatite C. Le rapport du 26 juin 2012 de ce même praticien confirme les pathologies retenues dans sa précédente prise de position et atteste d'un état de santé stationnaire de l'assuré tout en réservant, pour l'avenir, un pronostic défavorable, en raison de l'échec de la thérapie virale dont a bénéficié l'assuré de septembre 2011 à février 2012, une répllication virale importante ayant été constatée (dos. AI 165/3). Ce généraliste, tout en mentionnant une fatigabilité du recourant et une perte de concentration en journée, estime que l'assuré est en mesure d'exercer sa profession d'éducateur social à plein temps, sans aménagements particuliers et sous réserve de l'évolution, déterminante selon lui, de la cirrhose du foie (dos. AI 165/4). Il n'exclut toutefois pas qu'il faille, à terme, en cas de progression de la maladie et d'échec de nouveaux traitements médicamenteux, envisager une greffe de foie.

**4.3** Le SMR, dans son rapport du 21 novembre 2012 à l'intention de l'Office AI, a retenu, comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré, une hépatite C, laquelle a généré une cirrhose du foie. Sous l'angle psychique, le généraliste du SMR, après avoir rappelé le statut de dépression réactive en 2000, considère qu'il n'y a, aujourd'hui, plus aucun signe de dépression. S'agissant de l'hypertonie artérielle dont souffre le recourant, celle-ci est qualifiée de sans effets sur la capacité de travail. Le médecin du SMR avance, qu'à terme, l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré va dépendre de l'évolution de la cirrhose du foie. Le SMR atteste que le recourant est en mesure d'exercer, dès décembre 2010, une activité légère (telle celle d'éducateur social) à hauteur de 80%, tout en précisant qu'en raison des effets secondaires liés à la thérapie virale, de septembre 2011 à février 2012, le recourant avait pu travailler, pour cette période-là, au moins (selon la formulation peu précise de l'Office AI, *mit einer zusätzlichen Leistungsminderung*) à hauteur de 60% (dos. AI 166).

**4.4** Dans son rapport du 17 avril 2013 (produit dans la procédure de recours), le psychiatre traitant de l'assuré a indiqué que les difficultés de ce dernier à s'intégrer dans le circuit socioprofessionnel le conduisaient à des périodes de dépression légère à moyenne. Il a attesté une incapacité de travail à hauteur de 40% à 50% chez l'assuré (cette prise de position, bien que postérieure à la décision contestée, peut être prise en compte dans le présent jugement, car elle se réfère à la situation médicale telle qu'elle se présentait à la fin de la période administrative; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

## **5.**

**5.1** L'appréciation de la capacité de travail faite par le médecin du SMR (lequel n'a retenu aucune restriction sous l'angle psychique) s'oppose notamment à celle retenue par le psychiatre traitant (cf. c. 4.4). Sous l'angle de la problématique du foie, il subsiste également des divergences entre l'estimation du généraliste traitant du recourant qui retient une pleine capacité de travail de l'assuré dans sa profession de travailleur social (tout en réservant cette estimation en fonction de l'évolution de la pathologie du foie du recourant, dos. AI 165/3 ch. 4 et 165/4 ch. 2 et 3) et celle retenue par le médecin du SMR, qui retient une capacité de travail de 80%. Les spécialistes de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ n'ont pas pris de conclusions sur ladite capacité.

## 5.2

**5.2.1** Tant que des éléments concrets ne permettent pas de mettre en doute la crédibilité d'un rapport émanant d'un médecin de famille, il est inadmissible d'écarter ses conclusions en se fondant sur sa position et en se référant à des compétences spécialisées de médecins d'une clinique universitaire (TF 8C\_278/2011 du 26 juillet 2011 c. 5.3). S'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit toutefois 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). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant et plus encore du médecin chargé 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).

**5.2.2** Pour revêtir une valeur probante comparable à celle d'autres expertises, les rapports du SMR doivent satisfaire aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (voir c. 2.3), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales requises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Il n'est en revanche pas strictement nécessaire que la personne assurée soit examinée personnellement. D'après l'art. 49 al. 1 phr. 1 du règlement fédéral sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) en effet, les SMR peuvent au besoin seulement procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Dans les autres cas, ils sont parfaitement fondés à s'appuyer sur le dossier médical pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Tel est notamment le cas lorsqu'il s'agit principalement d'apprécier un état de fait médicalement établi et que la confrontation directe du médecin avec la personne assurée passe au second plan (TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y aura néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises

en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

### 5.3

**5.3.1** Tout d'abord, il y a lieu de constater que le médecin du SMR n'a pas examiné personnellement l'assuré et ne s'est pas prononcé sur l'ensemble des éléments figurant au dossier, puisqu'il n'a, notamment, pas pu se prononcer sur le rapport du psychiatre traitant de l'assuré du 17 avril 2013, postérieur à sa dernière prise de position du 21 novembre 2012 et qui fait état d'une aggravation de la santé psychique du recourant (voir c. 4.4 ci-dessus) limitant, selon ce spécialiste, sa capacité de travail. Il convient de relever que le médecin du SMR, en sa qualité de spécialiste en médecine générale, ne dispose pas de toutes les qualifications spécialisées nécessaires afin d'évaluer l'état de santé psychique du recourant. Sur la base des pièces versées au dossier, il s'est contenté d'écarter, sans autre explication (*aktuell keine Hinweise auf eine Depression*), toute symptomatologie dépressive (dos. AI 166/2), alors que les éléments au dossier, de manière constante, laissent apparaître une fragilité psychique de l'assuré, que ce soit lorsque celui-ci se sent en situation d'échec personnel (dépression réactive en 2000 à la suite de difficultés financières, dos. AI 8/1), ou confronté à des impératifs professionnels (cf. le rapport d'Alfaset en juin 2004 [*les seules interrogations restent sa résistance psychique*], dos. AI 147/12) ou encore lorsqu'une situation professionnelle le relie à son passé (dos. AI 147/4). Le Tribunal relève qu'aujourd'hui, et à l'instar de l'année 2000 (où une dépression réactive a été diagnostiquée chez l'assuré, cf. let. A), des éléments stabilisateurs font défaut: le recourant se sent dévalorisé professionnellement avec des perspectives financières moroses (il a sollicité des prestations de l'aide sociale, dos. AI 169/2) et de plus, comme l'ont relevé les médecins de l'Hôpital de l'Ile, il est très inquiet au sujet de son état de santé (dos. AI 165/5). Il sied de mentionner aussi que le généraliste traitant de l'assuré

a relevé chez l'assuré, et même s'il décrit ceux-ci comme effets secondaires au traitement amorcé en septembre 2011 (ayant duré jusqu'en février 2012, dos. AI 165/2), un mal-être et des problèmes de concentration. Au vu de ces éléments, le Tribunal ne peut se rallier à l'avis du SMR et, avec une vraisemblance prépondérante (degré de preuve usité en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6), exclure, à la date de la décision contestée, toute symptomatique dépressive chez l'assuré susceptible de porter atteinte à sa capacité de travail psychique. Par ailleurs, l'appréciation du 17 avril 2013 émanant du psychiatre traitant du recourant ne saurait non plus revêtir une force probante suffisante au regard des exigences en matière de preuves médicales posées par le Tribunal fédéral (TF). Elle ne résulte en effet pas d'une étude fouillée, ce rapport ayant été rédigé sur la base de deux séances uniquement (13 et 26 mars 2013). Ce spécialiste y retrace essentiellement l'anamnèse personnelle et familiale du recourant. De plus, ses conclusions ne sont pas motivées. Il arrête certes le diagnostic de dépression légère à moyenne, sans mentionner dans quelle mesure d'éventuels symptômes en relation avec cette pathologie entraveraient la capacité de travail de l'assuré. Le Tribunal relève encore que ce spécialiste met avant tout en évidence les difficultés d'insertion dans le monde socioprofessionnel de l'assuré et des préoccupations sociales de ce dernier, éléments étrangers à la notion d'incapacité de travail susceptible de justifier une invalidité. Ce praticien atteste lui-même d'ailleurs que la capacité de travail restreinte du recourant est due notamment à des *difficultés relationnelles causant des refus d'engagement*. Dans ces conditions, l'incapacité de travail de l'assuré, arrêtée à hauteur de 40% à 50%, et en fonction de facteurs psychosociaux, ne saurait être probante d'un point de vue de l'AI.

**5.3.2** Des lacunes au dossier, déjà observées sous l'angle psychique (c. 5.3.1) peuvent également être constatées sur le plan somatique. En effet, le médecin généraliste du SMR ne dispose pas non plus de connaissances approfondies en relation avec la problématique du foie de l'assuré. On ne saurait admettre, de plus, que ce généraliste avait à apprécier un état de fait médicalement établi. En effet, s'il est avéré, nonobstant l'absence de traitement, que la santé de l'assuré est restée relativement stable jusqu'en 2011 (si ce n'est une fatigabilité en

augmentation depuis 2009, dos. AI 128), ce dernier a débuté une thérapie virale innovatrice en septembre 2011, grâce à la mise sur le marché de nouveaux médicaments. Le Tribunal relève qu'aucun rapport spécialisé en relation avec ce traitement ne figure au dossier, quand bien même les spécialistes de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ ont mentionné, avant son début, que des contrôles médicaux auraient lieu régulièrement (dos. AI 165/8). Le seul avis médical figurant au dossier est celui, subséquent (juin 2012), du généraliste traitant du recourant (dos. AI 165), qui fait état, succinctement, et sur la base d'un protocole de traitement (d'ailleurs non versé au dossier), non seulement de l'échec de la thérapie virale, mais aussi d'effets secondaires importants ressentis par l'assuré durant celle-ci, tels que nausées, arthralgies, inflammations des gencives, tachycardie, troubles de concentration, maux de tête et troubles de l'humeur. Ce même généraliste a, certes, relevé, en juin 2012, que l'assuré allait mieux (*geht besser*), sans toutefois préciser (à l'exception de la fatigue) si les effets secondaires précités avaient subsisté dans une certaine mesure, ou si d'autres symptômes étaient apparus, notamment en relation avec la médication conventionnelle mise en place en février 2012. S'agissant précisément de celle-ci, il convient de relever qu'elle n'est, elle aussi, nullement documentée, en particulier quant à son déroulement, sa durée ou ses éventuels effets secondaires sur le recourant, alors même que des investigations médicales semblent avoir été pratiquées sur l'assuré de manière régulière (*seither finden regelmässig Kontrolluntersuchungen*, dos. AI 165/2). L'on apprend, certes, par le généraliste traitant, que la durée de traitement escomptée était de six mois (suite au constat d'échec de la thérapie virale, dos. AI 165/3 ch. 4), de sorte qu'en fin d'année, et selon ces prévisions, le traitement aurait dû toucher à sa fin. Or, aucun rapport médical subséquent à celui de juin 2012 ne permet de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse et d'évaluer l'état de santé du recourant en fin d'année, alors même qu'en juin 2012, le généraliste traitant de l'assuré avait relevé que l'évaluation de la capacité de travail du recourant allait dépendre, à l'avenir et de manière déterminante, de l'évolution de la cirrhose du foie. Au vu de l'absence de données médicales actualisées en relation avec les thérapies entreprises sur le plan somatique, l'évaluation de la capacité de travail, par le SMR en novembre 2012, ne saurait être probante. Le Tribunal relève d'ailleurs que dans ses recommandations

(dos. AI 166/4), le SMR a d'ailleurs enjoint l'Office AI de s'enquérir, à l'avenir, régulièrement (annuellement), de rapports médicaux complets, émanant à la fois du généraliste traitant et des spécialistes en hépatologie, pour évaluer l'état de santé de l'assuré, prescription qu'il n'a, toutefois lui-même, pas suivie avant la rédaction de son rapport médical en novembre 2012 et que l'Office AI a jugée inopérante, faute de droit à une rente (dos. AI 167). Quant à l'estimation de la capacité de travail du recourant par son généraliste traitant, en juin 2012 (soit huit mois avant la décision contestée), là aussi, faute de données médicales récentes en relation avec la cirrhose du foie de l'assuré, elle ne saurait, elle non plus, avoir valeur probante. Il appartiendra, par conséquent, à l'Office AI d'actualiser, sur le plan somatique aussi, l'état de santé du recourant et de déterminer si ce dernier a droit à une rente AI.

## 6.

La jurisprudence du TF (ATF 137 V 210, en particulier c. 4.4), qui limite les possibilités de renvoi, ne peut pas trouver application dans la présente cause. Elle le peut d'autant moins au cas particulier qu'il s'agit d'investiguer certains points qui n'ont pas encore fait l'objet d'une telle expertise se prononçant de façon globale sur la capacité de travail de l'assuré. De plus, le recourant, en sollicitant une expertise de la part d'un médecin de l'AI (p. 2 du recours), conclut lui-même expressément au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En outre, la décision à rendre après renvoi aura l'avantage de couvrir l'ensemble de la période jusqu'à son prononcé (l'objet de la contestation devant le Tribunal est limité à la date de la décision contestée).

## 7.

La décision du 22 février 2013 doit ainsi être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra d'actualiser l'état de santé du recourant sous l'angle somatique et psychique et d'ordonner, en ce sens, une expertise interdisciplinaire

(TF 9C\_207/2012 du 3 juillet 2013). Les experts devront également se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Une éventuelle fluctuation de cette dernière et présentée par le recourant (en particulier durant la période où l'assuré a suivi une thérapie virale, de septembre 2011 à février 2012) devra également être prise en compte (voir à ce sujet: art. 28 al. 1 et 29 LAI). A l'issue de ces nouvelles mesures d'instruction, il appartiendra à l'intimé de calculer le degré d'invalidité et de rendre une nouvelle décision, en se prononçant sur un éventuel droit du recourant à une rente AI en envisageant l'ensemble de la durée couverte par l'objet de la contestation et en excluant les périodes pour lesquelles l'assuré a pu faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

## **8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision du 22 février 2013, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il opère une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

**8.2** 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 132 V 215 c. 6.2). Bien qu'il obtienne gain de cause dans la présente procédure, il ne se justifie pas d'allouer de dépens, ni d'indemnité de partie au recourant, ce dernier n'ayant pas été représenté en justice et les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassant pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

**8.3** Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 700.- sont mis à la charge de l'Office AI Berne qui succombe (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 à hauteur de Fr. 700.- lui est restituée.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 700.- versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite 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).