

200.2013.545.AI

WIC/BEJ

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

**Jugement du 30 juin 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et D. Baldin, juges  
C. Haag-Winkler, greffière



A. \_\_\_\_\_  
représenté par la B. \_\_\_\_\_,  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 23 mai 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_ (l'assuré ou le recourant), né en 1958, séparé de son épouse, en Suisse depuis 1991 et au bénéfice d'un CFC de cuisinier depuis 2003, a déposé une première demande de prestations (reclassement) de l'assurance-invalidité (AI) en date du 26 octobre 2003, en mentionnant souffrir de dépression (causée en partie par un mobbing, des discriminations et un surmenage dans le milieu de la cuisine) et avoir entamé une reconversion en tant qu'assistant en soins de santé communautaire. L'Office AI Berne (l'Office AI ou l'intimé), par décision du 7 mai 2004, a nié le droit à des prestations (rente et mesures professionnelles), faute d'atteinte invalidante à la santé. La formation commencée en septembre 2003 a été interrompue en août 2004.

**B.**

Le 13 janvier 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI datée du 7 janvier 2009, pour trouble psychiatrique. Saisi de cette demande, l'Office AI a requis à plusieurs reprises de l'assuré qu'il était la plausibilité d'une modification de son état de santé depuis le rejet de la précédente demande de prestations. Au vu des certificats médicaux produits par l'assuré, l'Office AI a sollicité une expertise auprès d'un psychiatre (rapport du 19 mars 2010), avant de soumettre le cas à un spécialiste en psychiatrie et psychologie du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). En dépit de l'avis pessimiste de ce dernier, l'assuré insistait pour faire avancer les mesures de réadaptation, l'Office AI a rendu l'assuré attentif à son obligation de diminuer le dommage en se soumettant à un traitement médical susceptible d'améliorer son état de santé et s'est enquis d'informations professionnelles et d'un rapport médical supplémentaire auprès du généraliste traitant de l'assuré. Le 23 mars 2011, l'Office AI a informé l'assuré de la prise en charge des frais d'un stage d'observation du 11 avril au 10 juillet 2011. L'assuré a été examiné par un interniste du SMR en date

du 5 octobre 2011. S'en sont suivis plusieurs échanges de correspondance au sujet de divergences sur la continuation de la réadaptation. L'assuré a finalement estimé que ses problèmes de dos s'opposaient à une réadaptation en tant qu'aide-concierge qu'il avait d'abord accepté d'envisager, tout en regrettant que l'AI ne l'ait pas soutenu pour terminer la formation commencée en 2003.

Confirmant son préavis du 23 avril 2012, l'Office AI a, par décision du 23 mai 2012, nié le droit à des mesures professionnelles, en prenant position sur les observations formulées par l'assuré dans un courrier du 6 mai 2012.

Après avoir requis de nouvelles informations médicales auprès des médecins traitants (généraliste et psychiatre) de l'assuré, l'Office AI a une nouvelle fois soumis le cas de l'assuré à un médecin du SMR, avant de statuer sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Par préavis du 10 avril 2013, l'Office AI a informé l'assuré du rejet de la demande. Au vu des observations formulées par l'assuré en date du 25 avril 2013, l'Office AI a sollicité l'avis du SMR (prise de position du 22 mai 2013), avant de nier, par décision du 23 mai 2013, le droit de l'assuré à une rente.

### **C.**

L'assuré, désormais représenté en procédure par B.\_\_\_\_\_, a recouru par acte des 21 juin/8 juillet 2013 auprès du Tribunal administratif (TA) contre la décision précitée, en concluant, principalement, à l'admission du recours et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'Office AI en vue d'un complément d'instruction, éventuellement par la mise en place de mesures de réinsertion.

Dans son mémoire de réponse du 11 septembre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours, joignant à son acte un "*Protokoll per 11.09.2013*".

L'assuré a répliqué par courrier du 7 octobre 2013, tandis que l'Office AI a renoncé, par écrit du 29 octobre 2013, à dupliquer.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 23 mai 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Est particulièrement critiquée l'évaluation de la situation médicale du recourant.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment légitimé, 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, 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 dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

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

### **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**2.2** 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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2007 IV n° 47 c. 2.4). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

Le caractère de maladie invalidante ne peut pas être dénié à des troubles psychiques du seul fait qu'ils peuvent encore être soignés ou traités à plus ou moins longue échéance. Le seul et unique critère déterminant pour savoir si une atteinte psychique peut ouvrir le droit à une rente d'invalidité consiste à examiner si l'atteinte en question a provoqué, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année (sans interruption notable), conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (jusqu'au 31 décembre 2007: anc. art. 29 al. 1 let. b LAI), et si une incapacité de gain au sens des art. 16 ou 8 al. 3 LPGA en lien avec l'art. 28a al. 2 et 3 LAI (jusqu'au 31 décembre 2007: anc. art. 28 al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup> LAI) perdue (ATF 127 V 294 c. 4c).

**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'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

**2.4** 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 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

**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 (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). 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).

### 3.

#### 3.1

**3.1.1** L'Office AI, sur la base de sa documentation médicale, admet une incapacité totale de travail (invalidante) dans le métier de cuisinier, mais une capacité de travail entière dans un emploi adapté. Il calcule un taux d'invalidité de 6% en comparant un revenu d'assuré valide fondé sur des données statistiques relatives aux personnes au bénéfice de connaissances professionnelles spécialisées dans la gastronomie avec un revenu d'assuré invalide correspondant à une valeur totale statistique des salaires rémunérant les activités simples et répétitives (ne requérant pas de formation spécialisée), diminuée d'un abattement de 15% pour tenir compte du handicap.

Le recourant conteste l'appréciation faite par l'intimé de sa situation de santé. Il remet essentiellement en cause l'absence de la prise en compte, dans l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle, de limitations décrites par les médecins, y compris le spécialiste du SMR, sur le plan psychiatrique. Il affirme que les médecins sont unanimes quant à l'impossibilité d'exercer une quelconque activité de manière durable. De plus, selon lui, l'aspect des maux de dos (et de leur éventuelle évolution) n'a pas été assez investigué pour pouvoir affirmer, comme le fait l'Office AI, que l'arrêt des mesures professionnelles trouve son explication dans une incapacité "subjective".

**3.1.2** A l'encontre de ce que soutenait l'assuré encore dans la procédure de préavis (dos. AI doc. 128/2), c'est à juste titre que l'intimé n'a pas remis en cause le refus de rente du 7 mai 2004, qui n'a pas été contesté selon les voies de droit ordinaires et est entré en force. En effet, le recourant n'a pas invoqué de faits ou moyens de preuve nouveaux qui n'auraient pas pu être produits avant l'entrée en force dudit refus. Il n'existait donc par de motifs de révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA). Pour le surplus, un refus implicite d'entrer en matière sur une demande de reconsidération - de même qu'une communication explicite dans ce sens, du reste - ne peuvent être portés en justice (art. 53 al. 2 LPGA: disposition légale potestative). L'assuré se doit de défendre ses droits par le biais des voies ordinaires de

recours contre la décision initiale (ATF 133 V 50 c. 4; SVR 2008 IV n° 54 c. 3.2). Il faut toutefois relever que, par rapport à ce refus du 7 mai 2004, le résultat auquel aboutit l'Office AI démontre que ce dernier est non seulement entré en matière sur la nouvelle demande du 13 janvier 2009 (art. 87 al. 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI, RS 831.201), mais qu'il a en plus admis l'existence d'une modification de l'état de santé depuis sa dernière décision qui niait toute atteinte invalidante (comparaison des faits tels qu'ils se présentaient lors de la dernière décision tranchant le droit à la rente et ceux qui existent au moment de la décision relative à la nouvelle demande: ATF 130 V 71 c. 3.2.3). L'Office AI est cependant arrivé à la conclusion que la modification du degré d'invalidité qui s'était produite ne suffisait pas pour ouvrir le droit à une rente. La même obligation d'examen matériel incombe aussi au Tribunal (ATF 117 V 198 c. 3a, 109 V 114 c. 2b; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, il convient donc de vérifier si l'état de fait, notamment l'état de santé du recourant, pendant la période couverte par la deuxième demande, soit du 13 janvier 2009 jusqu'à la décision attaquée du 23 mai 2013 (moment en principe déterminant pour l'examen du juge en droit des assurances sociales, ATF 130 V 138 c. 2.1), donne droit à une rente.

**3.2** Pour apprécier l'état de santé du recourant, l'intimé explique dans sa réponse qu'il s'est fondé, suivant ce faisant l'avis du SMR, sur l'expertise psychiatrique, ainsi que sur l'avis de son propre spécialiste en médecine interne.

**3.2.1** Dans l'expertise datée du 19 mars 2010, le psychiatre mandaté par l'intimé a indiqué comme diagnostic un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites, chez une personnalité sensitive (ICD-10 F43.24/F.60.0). Il a détaillé les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail en précisant que, s'agissant de la profession de cuisinier, si elle était nulle sans traitement, elle ne pourrait pas dépasser un maximum de 40% (4 demi-journées par semaines), dans un environnement particulièrement bienveillant, avec la prise d'un antipsychotique. Dans une autre activité adaptée et envisagée sans anxiété par l'assuré (concierge, ouvrier en salle blanche, ouvrier dans l'industrie

pharmaceutique, ouvrier dans la production industrielle alimentaire), le diagnostic constaté lors de l'expertise ne serait pas à l'origine d'une incapacité de travail ou de rendement. L'expert précisait toutefois que le trouble de la personnalité risquait de limiter la capacité d'honorer tout engagement professionnel à long terme, par risque d'émergence de conflit professionnel. Il déconseillait également une réadaptation comme aide-soignant, profession idéalisée pour laquelle l'assuré faisait montre d'une grande motivation, mais qui ne correspondait guère aux capacités physiques et psychiques de ce dernier.

**3.2.2** Sur le plan somatique, sur conseil du SMR, l'intimé s'est basé sur un rapport du spécialiste en médecine interne du SMR du 4 septembre 2012, qui renvoyait à un précédent rapport remontant au 6 octobre 2011. Le recourant avait alors été examiné par ce même spécialiste en médecine interne du SMR en date du 5 octobre 2011. Celui-ci avait diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral chronique récidivant, avec dysbalance musculaire et déconditionnement, léger mauvais positionnement du corps (*leichter Fehlhaltung*), légères modifications dégénératives. Ce médecin avait estimé que l'activité de cuisinier n'était plus exigible d'un point de vue somatique, mais que dans une activité adaptée, le recourant disposait d'une capacité de travail totale. Il avait dressé le profil d'exigibilité suivant: activité en position assise ou alternant les positions, qui permette d'éviter les positions contraignantes et le fait de devoir se pencher de façon prolongée, pas de travail physiquement lourd et port de charges de 15 kg au maximum. Selon le spécialiste en médecine interne, les problèmes psychiques étaient prépondérants. Les douleurs dorsales étaient en lien avec l'état psychique et étaient apparues en même temps, en l'an 2000. Selon le spécialiste en médecine interne, les constatations objectives ne permettaient pas d'expliquer dans leur ensemble les douleurs évoquées par le recourant.

**3.3** Il découle de ces évaluations médicales que les atteintes psychiatriques du recourant sont clairement prépondérantes en l'espèce.

**3.3.1** Les diagnostics posés par le psychiatre (trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites chez une personnalité sensitive; ICD-10 F43.24 et F60.0) ne sont pas à proprement parler remis

en question par les autres médecins. Le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR a toutefois critiqué la terminologie utilisée par l'expert. Il a expliqué que la codification retenue (F60.0) correspondait à un "trouble de la personnalité" et non pas à une "personnalité" sensitive, précisant qu'il ressortait cependant clairement du texte rédigé par l'expert qu'il était bien question d'un "trouble de la personnalité" dans le cas du recourant. Il a ajouté que le trouble de l'adaptation selon ICD-10 F43.24 était en lien direct avec le trouble de la personnalité et devrait être inclus dans le premier diagnostic.

**3.3.2** S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'avis de l'expert psychiatre est critiqué par le médecin du SMR. Ce dernier estime que les conclusions de l'expert psychiatre sont trop optimistes.

Une lecture attentive du rapport de l'expertise psychiatrique laisse en effet apparaître que bien que la capacité de travail soit évaluée par l'expert à 100% dans une activité professionnelle adaptée (concierge, ouvrier en salle blanche, ouvrier dans l'industrie pharmaceutique, ouvrier dans la production industrielle alimentaire), il admet pourtant dans le même temps que le risque d'émergence de conflit professionnel à long terme reste présent même dans de telles activités. L'expert psychiatre va jusqu'à préciser que la prescription d'un antipsychotique à faible dose (Zyprexa 2.5-5 mg ou Seroquel XR 50 mg) pourrait aider à une stabilisation dans l'activité professionnelle, mais que l'accessibilité de l'expertisé à un traitement approprié de son trouble psychique restait restreinte par sa grande méfiance et certains préjugés liés à la rigidité de son fonctionnement psychique. Il a ajouté qu'un traitement psychiatrique spécialisé serait souhaitable, mais que le recourant avait déjà interrompu deux prises en charge de ce type parce qu'il se sentait incompris ou incorrectement traité. Toujours selon l'expert psychiatre, que ce soit dans l'activité de cuisinier ou dans une quelconque autre activité, plus adaptée au regard des interactions sociales (ou de leur absence), il n'en reste pas moins que le fonctionnement cognitif du trouble de la personnalité, notamment la manière de comprendre les réactions d'autrui à son égard, ne serait pas modifié sensiblement par la prise d'un traitement antipsychotique.

Le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR remet en cause l'évaluation de la capacité de travail par l'expert. Il affirme que le métier de cuisinier n'est plus exigible, car la situation ne serait plus supportable socialement ou finirait par devenir psychotique. Il précise que le recourant n'est pas en mesure d'influencer volontairement son incompatibilité sociale. Ainsi, en raison de l'atteinte psychiatrique, le recourant n'est donc pas en mesure d'exercer une quelconque activité à moyen ou à long terme sans rencontrer de conflits. Selon lui, la motivation manifestée est un piège. Il ajoute de surcroît que la nature de l'atteinte est évolutive, ce qui transparait selon lui dans le parcours du recourant. Dans ces recommandations, il prévient l'AI qu'elle peut bien sûr octroyer – et payer – des mesures professionnelles, mais qu'il pressent que cela ne mènera à rien.

**3.3.3** Toujours selon le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR, l'état de santé du recourant va se dégradant, en raison du caractère dégénératif du trouble de la personnalité. L'expertise psychiatrique sollicitée par l'intimé remonte à mars 2010 et l'avis du médecin du SMR à mai 2010. Or, l'intimé s'est prononcé seulement en mai 2013, soit trois ans plus tard sur le cas du recourant, en se fondant sur l'expertise en question. La situation était donc susceptible d'évoluer dans un intervalle de temps aussi long, qui plus est en présence d'une affection évolutive. A cela vient s'ajouter que, par courrier du 12 mai 2010, l'intimé a rendu le recourant attentif à son obligation de diminuer le dommage en se soumettant au traitement antipsychotique recommandé par l'expert psychiatre. Depuis lors, le seul avis émanant d'un psychiatre que l'intimé a requis est celui du psychiatre traitant du recourant, qui date d'août 2012. Celui-ci indique que concernant les troubles de la personnalité sensitive et malgré le traitement médicamenteux (Seroquel 100 mg 1 tbl/jour et Sertraline 100 mg 1 tbl/jour), il n'a pas constaté d'amélioration significative. Le psychiatre traitant renvoie à l'expertise psychiatrique concernant l'évaluation de la capacité de travail, en insistant sur l'importance du choix de la réadaptation en parfait accord avec les souhaits de l'assuré (l'entraînement au travail comme concierge ayant finalement été refusé par l'intéressé en raison de problèmes de dos). Le psychiatre précise cependant lui aussi, et ce malgré le bon déroulement du stage de trois mois d'observation professionnelle, que le trouble de la personnalité sensitive risque toutefois de limiter la capacité du recourant

dans tout engagement à long terme, en raison du caractère soupçonneux, méfiant, et des conflits relationnels que cela peut supposer.

**3.4** Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que les conclusions finales de l'expert psychiatre, sorties de leur contexte, ne répondent pas aux exigences de la jurisprudence en la matière et, de ce fait, ne sauraient être considérées comme probantes (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

D'une part, l'expert se contredit s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, puisqu'il estime que le recourant, avec sa pathologie psychiatrique, est apte à travailler à 100% dans une activité adaptée, alors même qu'il affirme que le recourant rencontrera des conflits quelle que soit l'activité exercée et qu'un traitement médicamenteux n'y changera rien. Cette dernière analyse est nettement partagée par le psychiatre et psychothérapeute du SMR. Enfin, le psychiatre traitant du recourant, dans le rapport le plus récent recueilli par l'intimé sur le plan psychiatrique, semble confirmer que le traitement neuroleptique (bien que doublé entre-temps et complété par un antidépresseur), n'a pas apporté une amélioration significative en ce qui concerne le trouble de la personnalité sensitive. Sur ce point de la capacité de travail, c'est donc à tort que l'intimé s'est appuyé sur une expertise contenant des contradictions, ce d'autant plus que le psychiatre et psychothérapeute du SMR, qui s'est prononcé peu de temps après sur le cas du recourant, avait signalé l'incohérence, affirmant déjà alors que le recourant n'était pas apte à reprendre une activité quelconque. Enfin, le rapport du psychiatre traitant, plus récent, renvoie pour l'essentiel à l'expertise et contient les mêmes contradictions relatives à la capacité de travail. L'intimé n'a du reste tenu compte de ce dernier rapport médical que dans la mesure où il ne constate pas d'évolution depuis l'expertise psychiatrique, puisque sa décision repose sur cette dernière (voir réponse du 1<sup>er</sup> septembre 2013).

D'autre part, les spécialistes qui se sont prononcés en l'espèce ont unanimement relevé le caractère dégénératif de la pathologie psychiatrique dont le recourant est atteint, ainsi que la difficulté, en raison même de la pathologie à assurer une compliance médicamenteuse. Comme l'a indiqué le psychiatre et psychothérapeute du SMR, le parcours professionnel

chaotique du recourant atteste précisément de l'aggravation au cours même de la procédure. Cette péjoration, invoquée par le recourant au cours d'un entretien du 20 avril 2012 avec la collaboratrice de l'intimé et le psychiatre traitant, n'a pas fait l'objet d'autres investigations sur le plan médical de la part de l'intimé. Sur le plan psychiatrique, seul l'avis du psychiatre traitant a été sollicité depuis lors et, comme indiqué ci-dessus, il renvoie pour l'essentiel à l'expertise et indique tout au plus que le traitement neuroleptique (bien qu'augmenté) n'a pas permis d'améliorer l'état du recourant. Or, l'augmentation de la dose médicamenteuse constitue un indice non négligeable pour une péjoration de l'état psychiatrique du recourant, à savoir une probable évolution du trouble de la personnalité à l'origine des problèmes relationnels au travail.

Au vu des avis médicaux contradictoires et incomplets (absence d'informations quant à la péjoration invoquée), l'intimé aurait dû investiguer davantage la question. Compte tenu des contradictions constatées et de l'évolution prévisible de la maladie, de nouvelles mesures d'instruction s'avéraient indispensables sur le plan psychiatrique. L'argument avancé par l'intimé dans sa réponse du 11 septembre 2013, selon lequel le stage d'observation (entraînement pour la réadaptation professionnelle) organisé du 11 avril au 10 juillet 2011 n'avait pas révélé de problèmes au niveau relationnel entre le recourant et les personnes qu'il a pu côtoyer ne saurait être retenu. D'une part, le stage s'est déroulé sur une période relativement courte et dans un climat qui n'est aucunement comparable avec celui qui a cours dans un emploi sur le marché libre de l'emploi, compte tenu du stress et des contraintes variées inhérents à tout emploi. D'autre part, en avançant cet argument, l'intimé fait abstraction de la péjoration de l'état de santé invoquée par le recourant en date du 20 avril 2012, tout comme du doublement de la dose médicamenteuse, sans amélioration de l'état de santé selon le rapport le plus récent, à savoir celui du psychiatre traitant du mois d'août 2012.

**3.5** Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur un rapport du spécialiste en médecine interne du SMR datant du 4 septembre 2012, qui renvoie au rapport qu'il avait rédigé en octobre 2010, après avoir examiné le recourant. Il avait alors considéré qu'aucun constat objectif ne permettait

d'expliquer les maux de dos de l'ampleur de ceux décrits par le recourant. Il a estimé que la dysbalance musculaire était au premier rang des causes, chez un homme peu actif physiquement, et que celle-ci, en lien avec l'humeur dépressive et les problèmes psychosociaux, était à l'origine des douleurs évoquées par le recourant. Il a ajouté que les légères modifications dégénératives observées à la radiographie, qui n'avaient presque pas évoluées entre 2000 et 2010, ne pouvaient causer les maux en question. Les informations recueillies auprès du généraliste traitant du recourant en juillet 2012 n'apportent aucune information supplémentaire, le diagnostic (syndrome lombo-vertébral) comme le profil d'exigibilité décrit (voir c. 3.2.2) étant identiques. Compte tenu du temps écoulé et du lien évoqué avec l'affection psychique/psychiatrique, il appartenait à l'intimé d'investiguer également plus avant en la matière, eu égard aux derniers développements survenus, en particulier de l'aggravation invoquée par le recourant de son état de santé. En outre, au vu des liens avancés par les praticiens entre les douleurs dorsales et l'atteinte psychique, des mesures d'instruction portant sur la situation de santé du recourant dans sa globalité s'imposaient.

**3.6** A l'évidence, en négligeant de lever les contradictions et d'actualiser les informations médicales, l'intimé a violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu. Les mesures d'instruction d'office prises par l'intimé n'ont pas suffi à établir de façon complète l'état de fait déterminant. Les informations au dossier ne permettent pas de statuer sur un éventuel droit à une rente. Etant donné que l'état de santé du recourant n'a fait l'objet d'aucune investigation dans sa globalité (aspects psychiatriques et somatiques), il n'appartient pas au Tribunal d'ordonner une expertise judiciaire, mais il convient bien plutôt de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à une instruction en ce sens, en ordonnant une (première) expertise pluridisciplinaire (ATF 139 V 349 c. 3) dont il n'est pas exclu que les résultats exigent l'organisation d'encore d'autres mesures professionnelles. Ce renvoi est du reste aussi requis par la conclusion subsidiaire du recourant. Une instruction au niveau du Tribunal violerait le droit d'être entendu du recourant et le priverait d'une instance de décision (TF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence,

en outre, de restreindre les investigations à mener à la date de la décision ici contestée.

#### **4.**

**4.1** Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision rendue le 23 mai 2013 par l'intimé, annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**4.2** 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 137 V 57 c. 2.1, 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 étant représenté par B. \_\_\_\_\_ (ATF 126 V 11) et les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPGA; ATF 127 V 205 c. 4b et les références).

**4.3** Les frais de la procédure de recours fixés forfaitairement à Fr. 700.- sont mis à la charge de l'intimé 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 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'intimé. L'avance de frais de Fr. 700.- versée par le recourant lui 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 représentant du 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).