

200.2013.873.AI

CHA/BEJ

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

**Jugement du 26 septembre 2014**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
D. Baldin et M. Moeckli, juges  
A. de Chambrier, greffier



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

**recourant**

contre

Office AI Berne  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

**intimé**

relatif à une décision de ce dernier du 6 septembre 2013

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1967, marié, père de deux enfants mineurs, licencié en sciences économiques, travaille comme collaborateur scientifique depuis 1991 dans l'administration publique. Après une première période d'incapacité de travail en 2006-2007, l'assuré a de nouveau été régulièrement absent de son poste de travail depuis avril 2011 et a présenté une incapacité totale de travailler dès le 7 mars 2012. Il a progressivement repris son activité professionnelle à partir d'octobre 2012, pour travailler au taux de 50% dès mai 2013.

**B.**

Le 10 septembre 2012, son employeur a annoncé le cas à l'Office AI Berne pour une détection précoce. Sur instigation dudit office, l'assuré a déposé, le 11 octobre 2012, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant une "chute symptôme" (*Sturzsymptom*) et une dystonie neurovégétative. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès de l'employeur de l'assuré, de son médecin généraliste et de sa neurologue traitants. Après avoir consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et soumis à l'intéressé les noms des experts, ainsi que les questions qui leur étaient destinées, l'Office AI Berne a requis une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique), établie les 19 avril et 8 mai 2013.

**C.**

Par préorientation du 25 juin 2013, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de prestations AI, faute d'atteinte à la santé invalidante, et a confirmé cette préorientation par décision du 6 septembre 2013.

**D.**

Le 3 octobre 2013, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en requérant la réouverture de son dossier auprès de l'Office AI, une évaluation par ce dernier de sa capacité de travail actuelle de manière empirique (par ex. dans un centre d'évaluation/ atelier) et, au besoin, un nouvel examen médical.

Le 15 novembre 2013, l'intimé a renoncé à prendre position sous forme de mémoire de réponse, a renvoyé à la décision attaquée et conclu au rejet du recours. Le recourant n'a pas réagi après communication de cette prise de position.

**En droit:**

**1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 6 septembre 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit à des prestations AI. L'objet du litige porte, implicitement, sur l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il procède à des mesures d'instruction complémentaires concernant la capacité de travail, voire la situation médicale de l'assuré.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 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** 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).

## **2.2**

**2.2.1** 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 maladif, 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).

**2.2.2** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus du travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3). Cette pratique judiciaire, qui s'applique de façon égale à l'ensemble des assurés, n'est pas contraire aux droits humains, ni discriminatoire (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2) et – du point de vue de la nature juridique des critères – ne se fonde pas sur des hypothèses de science médicale insoutenables (SVR 2012 IV n° 32 c. 2.3 - 2.5). Pour des

motifs d'égalité de traitement, il se justifie de soumettre à des exigences identiques l'ensemble des états douloureux sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 139 V 346 c. 2, 137 V 64 c. 4.3, 136 V 279 c. 3.2.3). Les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux s'appliquent dès lors, par analogie, aux autres troubles tels que la neurasthénie (ATF 137 V 64 c. 4.2, 136 V 279 c. 3.2.1; SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2 et n° 26 c. 2.3; TF I 70/07 du 14 avril 2008 c. 5).

**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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

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.

Concernant l'état de santé et la capacité de travail du recourant, il ressort du dossier, en particulier, les éléments suivants.

**3.1** Le recourant a séjourné du 15 mars au 18 mai 2007 dans un centre de psychiatrie et psychothérapie. A cette occasion, les médecins ont diagnostiqué un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, système cardiovasculaire (F45.30, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et un trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61) avec anxiété et traits anankastiques. Ils ont également relevé que la manière qu'avait le recourant de décrire l'effet des antidépresseurs sur son cœur ressemblait à un vécu coënaesthésie-psychotique (*coenaesthetisch-psychotisches Erleben*). Ils ont retenu une incapacité totale de travailler jusqu'au 28 mai 2007.

**3.2** Le 26 avril 2012, la neurologue traitante de l'assuré a diagnostiqué une symptomatologie de vertige dans un contexte de dystonie végétative et de trouble généralisé d'anxiété, avec le soupçon d'un trouble combiné de la personnalité. Elle a indiqué qu'en raison de ses troubles anxieux phobiques, l'assuré ne sortait plus de chez lui sans accompagnement, n'utilisait plus de transports publics et avait adopté un comportement prononcé d'évitement en lien avec ses vertiges, si bien qu'il en devenait, pratiquement, invalide. Le 18 juin 2012, elle retenait le même diagnostic, estimait que le recourant n'était plus capable de travailler jusqu'au 31 août 2012, une reprise du travail risquant de le surcharger. A cette occasion, elle précisait également que l'assuré contestait souffrir d'anxiété et que les seules peurs qu'il disait connaître étaient celle des éclairs accompagnant les orages. Le 4 septembre 2012, elle posait le diagnostic d'un trouble de la somatisation (vertige et peur de tomber) en tant qu'expression de troubles de l'anxiété et de troubles obsessionnels, avec forte composante

d'anognosie. Elle relevait comme problématique l'absence de prise de conscience et d'acceptation de la maladie qui entravait la faculté de l'assuré à collaborer, ainsi que les difficultés engendrées par le refus de ce dernier d'impliquer sa famille et son employeur dans le processus de guérison. La neurologue précisait également que le recourant refusait pour l'heure de consulter un psychiatre ou d'être hospitalisé dans une institution de psychosomatique. Retenant une incapacité totale de travailler jusqu'au 16 octobre 2012, elle estimait que le recourant ne serait plus en mesure de travailler à temps complet au long terme et qu'il devrait, tout au plus, retrouver une capacité de travail d'environ 60%. La neurologue confirmait le précédent diagnostic dans ses rapports des 24 septembre et 31 octobre 2012, relevait la réticence de l'assuré face à des mesures thérapeutiques et retenait une capacité de travail de 20% du 17 au 30 octobre 2012. Dans ce dernier rapport, elle mentionnait que le recourant n'avait pas pu se rendre au travail le jour de la consultation car une alarme (probablement de voiture) avait sonné la nuit, et que cela l'avait plongé dans un état de panique.

**3.3** Le 19 janvier 2012, l'urologue traitant de l'assuré a diagnostiqué une néphrolithiase asymptomatique, des prostatites chroniques et des troubles combinés de la personnalité avec traits anxieux évitant et anankastique, avec des troubles du sommeil, un status après le traitement d'un burn-out dans une clinique en 2007 et un traitement au Zyprexa de 2006 à 2011, ainsi qu'une diverticulose asymptomatique.

**3.4** L'IRM crânien du 24 avril 2012 n'a pas révélé d'anormalité.

**3.5** Dans son écrit du 25 avril 2012, le cardiologue consulté n'a pas relevé de troubles cardiaques, mais a été frappé par la maigreur et la grande nervosité du recourant. Selon lui, les troubles de ce dernier (tendance subjective à la chute et au vertige) ne devaient pas être d'origine cardiaque.

**3.6** Le diagnostic posé par le généraliste traitant, dans son rapport du 3 novembre 2011, n'est que peu lisible. Au titre des affections ayant un effet sur la capacité de travail, on peut retenir des troubles de somatisation et de la personnalité et, sans influence sur ladite capacité, une prostatite

chronique. Il a relevé que les troubles psychosomatiques graves invalidants limitaient fortement la capacité de travail. Son pronostic est mauvais et, selon lui, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée. Il a retenu une incapacité totale de travailler du 6 mars au 31 août 2012 et renvoyé, pour la période postérieure à cette date, à l'avis de la neurologue traitante. Selon le *Protokoll per 15.11.2013*, le généraliste traitant a indiqué que les plaintes exprimées par le recourant devaient essentiellement être mises en relation avec des troubles psychiques. Il a préconisé la réalisation d'une expertise neurologique et psychiatrique.

### **3.7**

**3.7.1** Dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire réalisée sur mandat de l'intimé, le spécialiste en neurologie a retenu dans son rapport du 19 avril 2013, que sur le plan neurologique, il n'existait pas de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans influence sur cette dernière, il a mentionné une lithiase rénale asymptomatique droite traitée le 18 janvier 2012, un status après fracture du poignet gauche aux alentours de 1977 et un status après appendectomie en 1984. L'expert n'a pas retenu de diagnostic différentiel et a précisé que, d'un point de vue neurologique, ni un trouble de la somatisation, ni des troubles anxieux ou obsessionnel, ni d'anosognosie ne pouvaient être diagnostiqués. Toujours sur le plan neurologique, l'expert a indiqué une pleine capacité de travail, sans réduction de la capacité de rendement.

**3.7.2** Dans son expertise du 8 mai 2013, le spécialiste en psychiatrie a retenu avec des répercussions sur la capacité de travail, une neurasthénie (CIM-10 F48.0), avec un diagnostic différentiel de trouble psychotique (CIM-10 F28). Sans répercussion, il a mentionné une personnalité anankastique (CIM-10 F60.5). L'expert a notamment rapporté que l'anamnèse révélait des symptômes de sensation de faiblesse, d'asthénie, de perte de force, de fatigabilité, de sensation de fragilité et de sensibilité, ainsi que celle d'avoir un cercle autour de soi dont le franchissement entraîne des pertes d'équilibre. L'expert a mentionné que les symptômes d'un vertige oscillant intermittent et d'un sommeil léger avaient pu être établis. Il a également relevé que le recourant avait des capacités psychosociales pour l'essentiel intactes, en particulier sur le plan familial et

avec ses amis. Ce dernier lisait beaucoup et présentait des intérêts variés. Ni l'anamnèse, ni l'examen effectué par ses soins n'ont permis de révéler chez l'assuré des limitations cognitives ou des symptômes dépressifs. Sur la base de ces constatations et en prenant en compte les plaintes subjectives de l'assuré et la neurasthénie, qualifiée de grave à moyennement grave, l'expert a estimé que la capacité médico-théorique de travail pouvait tout au plus être de 50%, sans limitation de la capacité de rendement. Selon lui, l'incapacité de travailler était totale de mars à octobre 2012, de 80% jusqu'au mois de mars 2013, puis de 50%. En outre, le recourant devrait, selon lui, très probablement, être en mesure d'accroître son taux d'activité. L'expert a toutefois mis en évidence la difficulté à évaluer la capacité de travail dans le présent cas, du fait que l'assuré refusait que des renseignements soient pris auprès de son employeur et en raison de l'existence d'un diagnostic différentiel sous forme de soupçon de troubles psychotiques. A ce titre, il a relevé que lors de l'hospitalisation de l'assuré en 2007, un vécu cœnesthésie-psychotique avait déjà pu être observé (voir c. 3.1 ci-dessus). Or, la sensation décrite par le recourant d'avoir un cercle autour de lui dont le franchissement entraînait des pertes d'équilibre se rapprochait également d'un tel vécu. Un trouble psychotique ne pouvait donc, selon lui, être exclu et l'absence de prise de conscience de la maladie constatée chez l'assuré constituait l'indice d'un tel trouble. L'expert a relevé que l'assuré avait déjà nié l'existence de problèmes psychiques auparavant, en prétextant que les symptômes qui avaient conduit à son hospitalisation en 2007 étaient la conséquence de problèmes de sommeil, et constaté, lors de l'examen effectué par ses soins, que ce dernier refusait d'admettre qu'il souffrait d'angoisses. L'expert n'a toutefois pas constaté la présence des éléments typiques d'une schizophrénie, mais a souligné qu'en l'état actuel, il ne pouvait pas exclure de façon définitive l'existence d'une maladie psychiatrique importante (sous forme de trouble psychotique). En particulier, il a relevé qu'il ne ressortait pas des rapports antérieurs si et de quelle manière la prise de Zyprexas avait influencé le vécu cœnesthésie-psychotique du recourant. Il a également recommandé, en le mettant en évidence, la réalisation d'une expertise neuropsychologique, afin d'examiner la présence ou non d'un trouble psychotique.

#### **4.**

**4.1** L'Office AI Berne s'est basé sur l'expertise bidisciplinaire susmentionnée pour retenir l'existence d'une neurasthénie et pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Le recourant, quant à lui, est convaincu d'être atteint d'une autre maladie qui n'a pas encore été diagnostiquée par la médecine et fait valoir qu'aussi bien son employeur que l'expert psychiatre dans l'expertise bidisciplinaire ont retenu une capacité de travail de 50%.

**4.2** D'emblée, il est permis de constater que l'expertise bidisciplinaire des 19 avril et 8 mai 2013 satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.3 ci-dessus). Elle est complète, convaincante, prend en compte les plaintes subjectives de l'intéressé, son anamnèse détaillée (personnelle, sociale, professionnelle et médicale) et les autres documents au dossier de la cause. Les conclusions des experts sont bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En outre, les autres éléments au dossier ne viennent pas remettre en question sa crédibilité.

**4.3** Pour retenir que la neurasthénie n'était pas invalidante au sens de l'AI, l'Office AI Berne a indiqué qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, et ajouté qu'un soupçon de trouble psychotique ne pouvait fonder une telle comorbidité. Cette argumentation ne peut être suivie. En effet, dans l'expertise bidisciplinaire, l'expert psychiatre mentionne que ce dernier trouble représente un diagnostic différentiel et non un simple soupçon. Il s'agit donc d'une hypothèse de diagnostic susceptible de remplacer celui d'une neurasthénie. De plus, l'expert psychiatre explique de façon convaincante pourquoi la question d'un tel diagnostic se pose et indique que son examen ne permet pas d'exclure l'existence d'une maladie psychiatrique grave (sous forme de troubles psychotiques; voir dossier de l'Office AI Berne [dos. AI] document [doc.] 34.1 p. 12 et 14). La présence d'un trouble de la personnalité anankastique, qui est certes également qualifiée de diagnostic différentiel dans le corps de l'expertise (dos. AI doc. 34.1 p. 15), n'est toutefois pas mentionné en tant que tel dans la

rubrique diagnostics (dos. AI doc. 34.1 p.12) et l'expert souligne, à l'instar de l'intimé dans la décision attaquée, qu'il ne s'agit pas d'un trouble ayant une incidence sur la capacité de travail. Au surplus, l'expert met en évidence que l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré est rendue difficile, d'une part, en raison du diagnostic différentiel précité et, d'autre part, du fait que celui-ci s'oppose à l'accomplissement de démarches auprès de son employeur. L'expert psychiatre souligne et recommande la réalisation d'une expertise neuropsychologique. Le généraliste traitant va d'ailleurs dans le même sens, puisqu'il indique que l'assuré souffre de troubles psychosomatiques graves et recommande également une psychothérapie (voir c. 3.6 ci-dessus). Au demeurant, l'expert psychiatre, qui connaît la pratique d'évaluation du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux en AI (et, partant, d'une neurasthénie; voir c. 2.2.2 ci-dessus) retient une incapacité de travail de 50%. Il n'explique toutefois pas en quoi les critères permettant de retenir un caractère invalidant à une neurasthénie seraient remplis. Or, à l'instar de l'intimé, il convient de constater que le dossier et, en particulier, l'expertise bidisciplinaire ne révèlent pas d'affections corporelles chroniques, de retrait social dans toutes les manifestations de la vie ou d'épuisement des possibilités thérapeutiques (notamment sur le plan psychothérapeutique). Dans ces circonstances, l'incapacité de travail mentionnée par l'expert psychiatre, en lien avec une neurasthénie, ne convainc pas. L'incapacité retenue par ce dernier ne peut toutefois être ignorée, comme l'a fait l'intimé, puisqu'il existe un diagnostic différentiel et que l'expert lui-même insiste sur la nécessité d'effectuer une expertise neuropsychologique. En outre, l'employeur confirme l'appréciation de l'expert psychiatre en se montrant surpris par les conclusions de l'intimé et en indiquant que depuis plusieurs années la productivité du recourant ne dépassait pas les 30% (*Protokoll per 15.11.2013*, p. 6).

Au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait pas statuer sur le droit à une rente sans investiguer plus avant la question d'un diagnostic différentiel lié à un trouble psychotique et sans lever les ambiguïtés résultant de l'expertise bidisciplinaire (en particulier, concernant l'existence d'éventuels troubles psychotiques et le diagnostic d'une neurasthénie liée à une incapacité de travail de 50%). Le caractère invalidant aurait pu être nié sur

la base de l'appréciation juridique usitée en matière de troubles somatoformes douloureux si le diagnostic d'une neurasthénie avait été sûr, ce qui n'est pour l'heure pas le cas. Le fait que le recourant ait refusé un traitement psychothérapeutique, ainsi que la réalisation d'une expertise neuropsychologique (*Protokoll per 15.11.2013*), ne change rien au constat que l'instruction médicale, mais aussi celle de la capacité médico-théorique de l'assuré, était insuffisante. Par ailleurs, on peut se demander si le refus de telles mesures par le recourant n'était pas influencé par ses éventuels troubles psychiques (notamment par l'absence de prise de conscience de sa maladie; voir notamment c. 3.2 et 3.7.2 ci-dessus) et il convient de relever que ce dernier a fait savoir dans son recours qu'il était prêt à se soumettre à la tenue de nouveaux examens médicaux.

**4.4** La décision du 6 septembre 2013 doit ainsi être annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de compléter les données médicales, en particulier sur le plan psychiatrique et neuropsychologique, et de préciser, au vu des éventuels nouveaux éléments, la capacité de travail médico-théorique de l'assuré. A l'issue de ces nouvelles mesures d'instruction, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision, en se prononçant sur un éventuel droit du recourant à des prestations.

Les lacunes constatées (notamment l'absence d'expertise neuropsychologique) nécessitent dans le cas présent le renvoi de l'affaire à l'administration (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4) et se justifie aussi du fait que des mesures de preuve qui seraient prises par le TA seraient limitées à la période courant jusqu'à la date de la décision contestée (limites de l'objet de la contestation), tandis qu'après annulation et renvoi (cassatoire), l'AI devra statuer jusqu'à la date de la nouvelle décision à rendre.

Par ailleurs, il est rappelé au recourant qu'il a non seulement l'obligation de diminuer le dommage en participant aux traitements et mesures de réinsertion professionnelles raisonnablement exigibles et adaptées à sa situation (art. 21 al. 4 LPGA, 7 al. 1 et 7a LAI), mais qu'il doit également collaborer à l'instruction de la demande, notamment en se soumettant aux examens médicaux raisonnablement exigibles et nécessaires à l'appréciation du cas (art. 43 al. 2 LPGA). A ce titre, les arguments

développés par le recourant à l'appui de son recours concernant l'inutilité des thérapies mentionnées par les médecins consultés (psychothérapie, médicaments psychotropes et traitement stationnaire) ne sauraient être suivis, faute d'être étayés et de convaincre. En outre, ces déclarations ne font que confirmer l'appréciation de sa neurologue traitante et de l'expert psychiatre lorsqu'ils soulignent une absence de prise de conscience de la maladie chez l'assuré.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision du 6 septembre 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.

**5.2** 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).

**5.3** Les frais de la procédure de recours sont, en principe, mis à la charge de la partie qui succombe, à savoir, en l'occurrence, de l'Office AI Berne (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Dans le présent cas, il convient toutefois de mettre une partie de ces derniers, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, à la charge du recourant, par Fr. 300.-, dans la mesure où son comportement (notamment son refus de se soumettre à une expertise neuropsychologique) a contribué à mener à la décision contestée sans mesures d'instruction complémentaires (art. 108 al. 1 LPJA).

**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 du recourant par Fr. 300.- et à la charge de l'Office AI Berne par Fr. 400.-. Le solde de l'avance de frais versée par le recourant, de Fr. 400.-, sera restitué 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,
  - à -----.

La présidente:

Le greffier:

**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).