

Un recours en matière de droit public interjeté contre ce jugement a été rejeté par le Tribunal fédéral en date du 4 août 2016 (9C\_157/2016)

**200.2014.1120.AI**

BEP/BEJ

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

**Jugement du 19 janvier 2016**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et Ch. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 23 octobre 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1955, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de dessinateur de machines et d'une maîtrise fédérale d'acheteur, a été engagé au service des achats d'une entreprise de machines, à plein temps dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006. En raison de problèmes de santé et d'une capacité de travail fluctuante notamment depuis mars 2011, il a réduit son taux d'occupation à 40% à partir de novembre 2012. Le 29 août 2011, il a déposé auprès de l'Office AI Berne une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant souffrir de dépression depuis le 14 mars 2011. Par décision du 31 octobre 2012, l'Office AI Berne a rejeté la demande, considérant que l'incapacité de travail de l'assuré était retombée à un taux inférieur à 40% avant la fin du délai d'attente d'une année prévu par la loi.

Par nouvelle demande de prestations datée du 3 décembre 2012, l'assuré a indiqué être atteint de problèmes psychologique et locomoteur depuis le 14 mars 2011 et se trouver en incapacité de travail depuis cette même date, actuellement à 60%. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, recueillant notamment des rapports auprès des médecins ayant traité l'assuré et de la part de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). En raison d'un trouble affectif bipolaire diagnostiqué, l'assuré a par ailleurs effectué un séjour hospitalier du 26 au 28 mai 2013. Sur recommandation du SMR, une expertise médicale pluridisciplinaire, réunissant les avis de spécialistes en psychiatrie, en orthopédie et en médecine interne, a aussi été organisée auprès d'un centre spécialisé, qui a remis son rapport en date du 14 avril 2014.

**B.**

Par préorientation du 2 mai 2014, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, considérant qu'il ne présentait

pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions à long terme sur sa capacité de travail. En dépit des objections formulées par l'assuré le 28 mai 2014, complétées le 2 juin 2014 par l'avocat qu'il a mandaté ainsi que par un certificat de son médecin traitant et une prise de position de son employeur du 27 mai 2014, l'Office AI Berne, après consultation du SMR, a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 23 octobre 2014.

### **C.**

Le 21 novembre 2014, l'assuré, représenté par le même avocat, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 23 octobre 2014. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation et, principalement, à l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité avec effet rétroactif au 18 décembre 2013, ou, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

Dans son mémoire de réponse du 8 janvier 2015, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours.

Par réplique du 23 février et duplique du 12 mars 2015, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Le 19 mars 2015, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 23 octobre 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse au recourant le droit à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité à partir du 18 décembre 2013 ou, subsidiairement, sur

le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**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 et 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. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

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

## **2.**

**2.1** 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 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 141 V 281 c. 3.7.1, 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).

**2.3** Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), ont droit à une rente les personnes assurées dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir leurs travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui ont 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, sont invalides (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). D'après 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.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1).

Par ailleurs, d'après l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

**2.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

**2.5** 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 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

**3.1** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 3 décembre 2012, pour la rejeter (matériellement) après instruction médicale. Pour ce faire, il s'est basé sur l'expertise pluridisciplinaire du 14 avril 2014, qui concluait en substance que les limitations physiques et psychiques constatées n'avaient pas de

répercussion sur l'activité lucrative du recourant. Ce dernier, quant à lui, conteste les conclusions de l'expertise en question relatives à sa capacité de travail. Il fait valoir qu'aussi bien son médecin traitant que son employeur et que le psychiatre qu'il a consultés attestent de sa capacité de travail limitée et qu'au vu de ces trois avis, il y a lieu de considérer que sa capacité de travail se limite à 40%.

Il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 14 avril 2014.

**3.2** Dans leur rapport du 14 avril 2014, les experts mandatés par l'Office AI Berne n'ont retenu aucun diagnostic ayant actuellement des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail:

- syndrome métabolique avec obésité morbide, hypertension artérielle traitée et hyperuricémie avec goutte anamnétique;
- discret syndrome extrapyramidal et tremor d'origine vraisemblablement médicamenteuse;
- gonarthrose bilatérale;
- spondylarthrose lombaire et cervicale;
- insuffisance veineuse chronique;
- maladie thromboembolique récidivante avec anticoagulation au long cours;
- status après traitement d'une syphilis latente tardive en 2011;
- trouble affectif bipolaire depuis 2006, actuellement en rémission (ch. F31.7 selon la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]).

Après avoir recensé les avis médicaux antérieurs figurant au dossier, posé une anamnèse détaillée du patient et décrit chaque examen spécialisé entrepris en médecine interne, orthopédie et psychiatrie, les experts ont procédé à une synthèse interdisciplinaire de leurs constatations et conclusions.

Sur le plan de la médecine interne, ils relèvent en substance que l'assuré présente un syndrome métabolique sans répercussion sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que, vraisemblablement, une intolérance au glucose, l'hypertension artérielle étant quant à elle compensée sans signe de défaillance cardiaque. A l'examen neurologique, ils constatent une discrète ataxie et de discrets signes de polyneuropathie d'origine probablement multiple, une insuffisance veineuse chronique et un tremor induit par un traitement au lithium.

Sur le plan orthopédique, les experts relatent des troubles douloureux au niveau du rachis depuis de nombreuses années ainsi qu'au niveau des deux genoux, correspondant à une gonarthrose, actuellement gérée par la prise d'anti-inflammatoires mais susceptible de s'aggraver. Ils notent que le patient se plaint également de douleurs aux deux pieds, pour lesquelles une affection ostéoarticulaire n'a pas été identifiée, et que les troubles orthopédiques mentionnés n'ont pour l'instant pas interféré avec la capacité de travail, s'agissant d'un poste sédentaire sans grands déplacements ni port de charges, mais qu'il est possible qu'une telle interférence se produise à l'avenir.

Sur le plan psychique, les experts constatent pour l'essentiel que l'assuré présente depuis au moins 17 ans des périodes avec une labilité émotionnelle et des phases d'euphorie ou dépressives importantes. Ils déclarent que ces éléments correspondent à un diagnostic de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission, et que les symptômes des difficultés de résistance au stress et de fatigabilité sont à l'origine des limitations fonctionnelles invoquées par l'expertisé. Selon eux, au vu de ces symptômes, il n'y a pas de diagnostic différentiel à envisager, en particulier pas de trouble schizo-affectif actuel, et l'expertisé ne présente pas de phase principalement psychotique, les symptômes psychotiques présents lors de certaines décompensations étant à mettre sur le compte du trouble bipolaire. Ils concluent que le pronostic est bon si l'assuré peut maintenir la stabilité dont il jouit actuellement, dans la mesure où il est euthymique avec une histoire médicale stable pour un trouble bipolaire, et qu'une activité à 100% est donc exigible de sa part, tout en notant qu'il n'était pas à l'abri de rechutes malgré une stabilité et un traitement en cours pour sa pathologie psychiatrique. Dans ce contexte, les experts relèvent encore que les mesures thérapeutiques en cours depuis janvier 2013 avec son médecin traitant actuel et depuis près de 17 ans dans leur globalité ont montré une évolution globalement compatible avec le type de troubles dont souffre l'assuré, les hospitalisations ainsi que l'augmentation de fréquence de ces dernières faisant partie du tableau clinique classique dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire.

Dans leurs évaluation et pronostic, les experts déclarent que pour l'instant, les troubles de l'appareil locomoteur n'ont pas interféré de manière significative avec la capacité de travail, qu'ils pourraient le faire de manière intermittente, mais qu'ils n'ont pas été invalidants jusqu'à présent. Ils précisent qu'il n'est pas impossible que la situation se modifie de manière négative à l'avenir, ces troubles étant de nature dégénérative. Ils ajoutent qu'il n'existe aucun élément suggérant une amplification de la symptomatologie lors de l'examen clinique. Les experts indiquent aussi que bien qu'il n'y ait actuellement pas d'interférence avec la capacité de travail, il existe des limitations physiques liées aux affections de l'appareil locomoteur, qui concernent surtout les marches de longue durée, la montée et la descente répétitive d'escaliers et le port de charges même modérées. En revanche, ils estiment qu'il n'y a pas de limitation sur le plan psychique, hormis le besoin d'un environnement peu stressant avec des horaires fixes, sans travail de nuit. Ils considèrent qu'étant donné le poste de travail sédentaire et peu stressant du recourant, les limitations physiques et psychiques entrant en ligne de compte n'ont pas de répercussion sur l'activité exercée jusqu'ici et que le recourant dispose d'une capacité de travail complète dans un horaire normal à plein temps, sans travail nocturne, et sans diminution de rendement. Quant à l'évolution passée, ils sont d'avis qu'il y a certainement eu des incapacités complètes ou partielles, mais transitoires, et qu'il est difficile de mettre en évidence une incapacité de travail significative de longue durée. Enfin, ils ajoutent qu'il n'y a pas de mesure médicale à mettre en place pour améliorer la capacité de travail, mais qu'une rechute du trouble bipolaire est toujours possible.

### **3.3**

**3.3.1** Le recourant conteste quant à lui l'évaluation de sa capacité de travail opérée par les experts en se référant notamment à deux certificats établis par son médecin traitant les 27 mai et 14 novembre 2014 (dossier [dos.] recourant [rec.] 13 et 14), où ce dernier atteste que son patient se trouve en incapacité de travail à 60% depuis le 19 novembre 2012 pour une durée indéterminée en raison d'un trouble bipolaire et indique qu'il a séjourné à deux reprises, du 5 juillet au 16 août 2011 et du 26 au 28 mai

2013, dans une clinique psychiatrique universitaire en vue d'un traitement stationnaire. Le médecin traitant avait par ailleurs déjà attesté la même incapacité de travail de son patient dans deux rapports antérieurs des 11 février et 24 avril 2013 à l'attention de l'Office AI Berne. Dans le second d'entre eux, le praticien a notamment précisé que son patient subissait une fatigabilité et un épuisement quotidien allant en s'accroissant au cours de la matinée, qui provoquaient un ralentissement et une diminution de la concentration, et qu'il souffrait aussi de douleurs vertébrales lombaires en montant et en descendant de sa voiture, ainsi que de douleurs aux genoux en position debout ou assise prolongée dans son travail de bureau, de même qu'en montant et descendant les escaliers. Le pronostic posé dans ledit rapport du 24 avril 2013 est défavorable eu égard à l'atteinte psychiatrique chronique de longue durée avec plusieurs rechutes, à la consommation de médicaments psychothérapeutiques dans des doses considérables avec des effets secondaires sur l'état psychique, aux douleurs chroniques et à l'adiposité du patient. Le praticien conclut qu'une pleine capacité de travail n'est plus donnée et qu'une activité à temps partiel, telle que celle exercée à 40%, lui semble réaliste.

**3.3.2** Le recourant fait aussi valoir les rapports et avis du spécialiste en psychiatrie, directeur de la clinique dans laquelle il a séjourné à cinq reprises depuis 2001, qu'il consulte ambulatoirement. Dans ses deux prises de position les plus récentes adressées l'une par courriel, l'autre, signée, par courrier, au mandataire du recourant (dos. rec. 16 et 17), toutes deux datées du 19 novembre 2014, le spécialiste pose le diagnostic principal de trouble schizo-affectif (ch. F25 CIM-10) et indique qu'après une première hospitalisation en 1996, au moins quatre épisodes graves de ladite affection se sont produits, en dernier lieu en 2013. Il relève que déjà lors de la sortie d'hospitalisation en avril 2011, une rémission totale de l'atteinte n'était pas intervenue, malgré la prise en continu de médicaments psychotropes, et que depuis lors, une limitation plus marquée du rendement psychosocial du patient s'était produite, allant en s'accroissant. Il remarque au surplus qu'une nette symptomatique négative s'était développée, induisant des difficultés d'entrain et de concentration. Pour ces raisons, le spécialiste estime qu'il y a lieu d'admettre, selon une vraisemblance prépondérante, que son patient subit depuis au moins 2011

une atteinte plus importante et durable à sa santé, qui altère sa capacité de travail. Il conclut qu'il ne peut dès lors pas partager l'évaluation d'une pleine capacité de travail et estime la capacité de travail actuelle à 40%. Enfin, il met en garde contre le risque d'une diminution encore plus marquée qu'entraînerait un surmenage.

Dans un rapport antérieur adressé le 6 juin 2013 au médecin traitant à la suite de l'hospitalisation du recourant du 26 au 28 mai 2013, le même spécialiste en psychiatrie avait principalement diagnostiqué un trouble bipolaire affectif, actuellement en rémission (ch. F31.7 CIM-10). Le but de cette hospitalisation consistait à examiner la médication appropriée à la suite de la découverte d'une intoxication au lithium. La question de la capacité de travail du recourant n'avait pas été examinée spécifiquement dans le rapport en question, hormis une mention, dans l'anamnèse, de la réduction à 40% de son degré d'occupation, sans indication d'une date précise ni confirmation de la pérennité de motifs médicaux justifiant cette diminution.

**3.3.3** Le recourant invoque enfin l'avis de son employeur qui, dans une prise de position du 27 mai 2014 (dos. rec. 15), indique qu'il a été engagé le 1<sup>er</sup> septembre 2006 en qualité d'acheteur, est rapidement devenu responsable du service achat, et que ses absences pour cause de maladie ont débuté en mars 2011. L'employeur relate que la santé du recourant a de nouveau baissé en octobre 2012, moment où il a demandé à ce dernier de regagner son domicile et de se soigner, car il était très inquiet pour l'état de santé de son employé, et qu'après accord avec le médecin traitant de l'époque du recourant, ce dernier a ensuite repris son activité à un taux de 40%. L'employeur souligne encore qu'il a soutenu le recourant à travers différentes démarches, car celui-ci est un collaborateur apprécié tant pour ses connaissances professionnelles que pour sa personnalité.

**3.4** Cela étant, il faut tout d'abord retenir que l'expertise pluridisciplinaire du 14 avril 2014 répond aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir ci-dessus c. 2.6). Elle s'appuie sur le résultat des examens personnels spécialisés complets de l'assuré, prenant en considération tous les avis médicaux antérieurs. Elle s'inscrit par ailleurs dans un contexte médical

défini que les experts ont veillé à rendre aussi concret et exact que possible en établissant une description très précise de l'histoire personnelle, familiale, professionnelle et médicale du patient et une anamnèse complète. Elle prend en compte les plaintes subjectives de ce dernier, analysant leurs tenants et leurs aboutissants. Les observations émises dans ce contexte, discutées et étayées, ont ensuite été intégrées dans l'évaluation finale pluridisciplinaire de la capacité de travail à laquelle ont procédé les experts, dont rien ne permet de douter des qualifications. Les avis des autres praticiens consultés jusqu'alors ont été résumés par les experts et commentés si nécessaire. Les conclusions de l'expertise sont bien détaillées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes dans la genèse de l'expertise.

Il s'ensuit que les avis médicaux invoqués par le recourant ne sauraient être à même de mettre en doute les conclusions des experts. D'une part, ceux qui étaient antérieurs à l'expertise du 14 avril 2014 ont été pris en considération par les experts, et ceux qui sont postérieurs ne font pour l'essentiel que réitérer les positions exprimées antérieurement par leurs auteurs et n'attestent aucune évolution qui serait intervenue entre les examens des experts et le moment déterminant de la décision contestée (ATF 130 V 138 c. 2.1). En particulier, le diagnostic de trouble schizo-affectif, repris dans les prises de position du 19 novembre 2014 du psychiatre traitant, n'est pas nouveau. Il avait été abandonné dans le rapport du 6 juin 2013, après une mise en discussion dans celui du 29 février 2012 (voir ch. 1.4, dos AI 25/3-4). Ce diagnostic a été discuté – et nié – dans le rapport d'expertise du 14 avril 2014 et rien ne permet de supposer qu'un changement déterminant se serait produit jusqu'à la date de la décision. D'autre part, les avis invoqués par le recourant proviennent de médecins traitants, qui, en raison de la relation de confiance avec leur patient, peuvent avoir fait preuve d'une certaine bienveillance lors de l'estimation de la capacité de travail (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Certes, selon la jurisprudence, 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 (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

En conséquence, comme la spécialiste en psychiatrie du SMR l'a considéré dans sa prise de position du 3 septembre 2014 à l'attention de l'intimé, une aggravation de l'état de santé psychique en raison d'un épisode dépressif de degré moyen, s'inscrivant dans le cadre du trouble affectif bipolaire et provoquant une incapacité de travail de 60% depuis le 19 novembre 2012, peut être retenue, compte tenu du dossier médical, mais ce pour une durée limitée n'allant pas au-delà de la sortie d'hospitalisation du 28 mai 2013 (durée inférieure à un an et date antérieure à celle à partir de laquelle la demande de prestations du 3 décembre 2012 pouvait faire naître un droit à une rente selon l'art. 29 al. 1 LAI [voir ci-dessus c. 2.3]). En effet, le rapport précité du spécialiste en psychiatrie du 6 juin 2013 indique expressément que le trouble affectif bipolaire diagnostiqué est en rémission et n'atteste aucune incapacité de travail particulière pour l'avenir, et aucun autre avis médical ne fait état d'une nouvelle aggravation ultérieure de l'état de santé du recourant jusqu'à la date de l'expertise du 14 avril 2014, susceptible de justifier une incapacité de travail durable. A cet égard, les avis médicaux postérieurs à l'expertise produits par le recourant ne convainquent pas et apparaissent comme des évaluations différentes d'un état de fait inchangé, établis pour les besoins de la cause. Ils ne sont pas en mesure de faire accroire l'existence, à la date à laquelle la décision contestée a été rendue - soit le 23 octobre 2014 -, d'une incapacité de travail durable selon un degré de vraisemblance prépondérante, degré d'appréciation de l'état de fait et des preuves généralement déterminant en droit des assurances sociales (ATF 138 V 218 c. 6). Il en va de même de la prise de position de l'employeur du 27 mai 2014, ce dernier n'étant, au surplus, pas médecin, et donc pas en mesure d'évaluer l'atteinte à la santé du recourant et ses conséquences sur la capacité de travail d'un point de vue médical. Or, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées,

en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 130 V 138 c. 2.1).

**3.5** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une valeur probante entière peut être reconnue à l'expertise pluridisciplinaire du 14 avril 2014, à l'instar de ce qu'a estimé la spécialiste en psychiatrie du SMR dans sa prise de position du 3 septembre 2014. On doit donc retenir qu'à la date de la décision contestée, l'activité habituelle du recourant était, avec une vraisemblance prépondérante, toujours exigible de sa part à plein temps, et qu'il n'avait pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Il ne pouvait dès lors prétendre à une rente. Il n'avait pas droit non plus à des mesures de réadaptation, puisque son activité habituelle restait praticable sans perte de gain et que, par conséquent, de telles mesures n'étaient pas nécessaires (voir ci-dessus c. 2.3). C'est dès lors à bon droit que l'intimé, dans la décision contestée du 23 octobre 2014, a nié le droit du recourant aux prestations de l'AI.

#### **4.**

**4.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**4.2** Les frais de procédure sont fixés forfaitairement à Fr. 700.- et mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Ils sont compensés avec l'avance de frais fournie.

**4.3** Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGa a contrario).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance de frais fournie.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par son mandataire,
  - à l'intimé,
  - à (...),
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).