

200.2014.338.AI

DEJ/BEJ

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

**Jugement du 23 février 2015**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
D. Baldin et M. Moeckli, juges  
J. Desy, greffier



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

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 4 mars 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1957, marié et père de deux enfants adultes, a travaillé depuis 1988 en qualité de dérouleur pour le compte d'une imprimerie, qui a fait faillite fin 2009. Licencié dans ces circonstances, il a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2009. Dès le 24 février 2011, l'assuré a présenté une incapacité de travail à 100% attestée médicalement. A partir du 26 mars 2011, il a reçu des indemnités journalières versées par son assurance perte de gain maladie individuelle, qui a cessé d'accorder ses prestations au-delà du 30 novembre 2011 en le considérant comme pleinement apte à la reprise du travail dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Depuis février 2012, l'intéressé est soutenu par les œuvres sociales.

**B.**

Par acte du 1<sup>er</sup> mars 2011 (reçu le 9 mai 2011), l'intéressé a déposé une demande de prestations (rente) de l'assurance-invalidité (AI) en invoquant une dépression et des "douleurs partout". L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès du médecin généraliste de l'assuré et de la caisse de chômage cantonale. Ce même Office a également pris conseil auprès du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) et a consulté le dossier de l'assurance perte de gain, lequel comprend notamment une expertise réalisée le 27 octobre 2011. Fondé sur l'ensemble de ces documents, l'Office AI a informé l'assuré, par préorientation du 22 décembre 2011, qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'atteinte à la santé invalidante. L'intéressé a alors fait part de ses objections à l'encontre de cette proposition par courrier du 30 janvier 2012. Par la suite, désormais représenté en procédure, il a précisé ses objections par acte du 9 mars 2012. L'Office AI a alors diligenté une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique), laquelle a été consignée dans des rapports des 29 juin et 18 juillet 2012, avec une synthèse pluridisciplinaire

du 31 juillet 2012. L'assuré a ensuite été informé, par nouvelle préorientation du 15 novembre 2012, que l'Office AI envisageait à nouveau de rejeter sa demande de prestations, faute d'atteinte à la santé invalidante. En dépit des objections formulées par la mandataire de l'intéressé et la production d'un rapport de ses médecins traitants, et après consultation du SMR, l'Office AI a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 4 mars 2014.

### **C.**

Le 4 avril 2014, l'assuré, toujours représenté par la même mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI du 4 mars 2014 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation, à ce qu'il soit dit et jugé que le recourant a droit à des prestations de l'AI et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant a également déposé une requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Le 15 mai 2014, l'Office AI a renoncé à son droit de répondre, renvoyé à la décision attaquée et conclu au rejet du recours. Le 27 mai 2014, la mandataire du recourant a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 4 mars 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et refuse toute prestation AI à l'assuré. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision, refusant toute prestation de l'AI, et 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, représentée par une mandataire dûment légitimée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). Il convient en effet de comprendre la conclusion en constat d'un droit aux prestations – conclusion en soi irrecevable comme telle, puisque l'intérêt qu'elle poursuit est sauvegardé par la conclusion formatrice visant l'annulation de la décision fermant le droit à toute prestation AI (art. 49 al. 2 LPGA; ATF 130 V 388 c. 2.4, 128 V 41 c. 3a) – en tant que partie de la motivation.

**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).

## **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 2014 IV n° 2 c. 3.1). 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). Compte tenu de la difficulté inévitable d'établir la preuve de douleurs, la pratique part du principe que les plaintes subjectives de la personne assurée ne suffisent pas en soi à fonder une incapacité de travail (partielle); il faut bien plus exiger, dans l'examen des prestations découlant du droit des assurances sociales, que les plaintes se rapportant aux douleurs soient suffisamment explicables par des diagnostics médicaux spécialisés idoines et concluants (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; cf. ATF 139 V 547 c. 3.2.1 ss).

**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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'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.

Selon la jurisprudence en matière d'AI, il existe un principe général selon lequel une personne invalide doit entreprendre tout ce qui est exigible pour atténuer au mieux les conséquences de son invalidité avant de requérir des prestations; c'est pourquoi il n'y a pas de droit à la rente, si la personne est raisonnablement en mesure d'obtenir un revenu excluant toute rente, sans mesure de réadaptation. La réadaptation personnelle, en tant qu'expression de l'obligation générale de diminuer son dommage, ne prime pas seulement le droit à une rente, mais également le droit à la réadaptation (art. 21 al. 4 LPGGA). La réadaptation personnelle incombe à chaque assuré pour sauvegarder son droit aux prestations – aux mesures de réadaptation légale ou à une rente. Toutefois, seules les mesures exigibles en fonction des données objectives et subjectives de chaque cas particulier peuvent être imposées aux personnes assurées (ATF 138 I 205 c. 3.2, 113 V 22 c. 4a; SVR 2007 IV n° 1 c. 5.1).

**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). 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 LPGGA).

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).

L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

### **3.**

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

**3.1** Sur demande de l'Office AI, le médecin généraliste (spécialiste FMH en médecine interne) traitant du recourant a complété en juin 2011 un formulaire médical. Dans celui-ci, le médecin a retenu les diagnostics de dépression et de fibromyalgie. Il a également relevé que son patient souffrait d'hypertonie, toutefois sans effet sur sa capacité de travail. Le spécialiste a attesté une incapacité de travail totale depuis le 24 février 2011 dans la dernière activité professionnelle exercée. Il a finalement considéré que le pronostic concernant la reprise d'un emploi était mauvais, et que la reprise de l'activité exercée était exigible à un degré de 20%, avec un rendement réduit.

Le médecin traitant a joint au formulaire médical différents documents médicaux (dossier [dos.] AI 15/7-30), lesquels font notamment état de douleurs au dos et au genou droit présentes chez le recourant dès 1989, et évoquent une possible fibromyalgie ou des douleurs d'ordre somatique. Il ressort également de ces documents que le recourant a été hospitalisé à deux reprises, du 20 au 24 janvier 1997 et du 14 juin au 2 juillet 2004, afin de soigner lesdites douleurs.

**3.2** En réponse à la demande de l'Office AI, la médecin psychiatre et la psychologue traitantes du recourant ont complété des formulaires médicaux les 9 et 16 août 2011. Elles ont relevé que leur patient souffrait d'un épisode dépressif moyen depuis environ 10 ans (F32.1, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'organisation mondiale de la santé [OMS]) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4), ainsi que de fibromyalgie. Par ailleurs, elles ont indiqué que leur patient souffrait d'hypertonie artérielle, toutefois sans effet sur sa capacité de travail. Elles ont attesté une incapacité de travail totale depuis le 8 juin 2011, date à partir de laquelle le recourant a commencé son traitement chez elles, et ont par ailleurs relevé que le recourant avait déjà été soigné de façon ambulatoire pour des troubles psychiatriques en 2002 et 2003. Les thérapeutes ont finalement indiqué qu'une réintégration dans le monde du travail était en l'état impossible, et que l'activité professionnelle exercée jusqu'alors n'était plus exigible d'un point de vue médical.

**3.3** Le 27 octobre 2011, une expertise psychiatrique a été réalisée dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) pour le compte de l'assurance perte de gain maladie individuelle du recourant (Centre de la clinique C.\_\_\_\_\_ à D.\_\_\_\_\_). Le signataire de cette expertise a retenu que la symptomatologie évoquée sur le plan psychiatrique ne mettait pas en évidence la présence d'un état dépressif caractérisé au sens de la CIM-10. Selon l'expert, un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) était possible. Il a également relevé que le test médicamenteux faisait état d'une mauvaise observance du traitement. Finalement, l'expert a retenu qu'en l'absence d'une symptomatologie

dépressive franche sur le plan psychique, le recourant était en pleine capacité de travail.

**3.4** Dans un rapport du 23 novembre 2011, une médecin (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) du SMR, consulté par l'Office AI, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) et d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.1), ainsi qu'un syndrome fibromyalgique (dos. AI 25). La spécialiste a également mentionné la présence de différents autres diagnostics, dont une hypertension artérielle et une scoliose, toutefois sans qu'ils n'aient d'effet sur la capacité de travail. Quant à la capacité de travail du recourant, la médecin a estimé que ce dernier était capable de travailler 4 à 5 heures par jour dans une activité adaptée, avec une perte de rendement de 10%.

**3.5** Suite aux objections émises par le recourant à l'égard de la préorientation du 22 décembre 2011 et après avoir consulté le SMR, l'Office AI a diligenté une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique).

**3.5.1** Dans le cadre de cette expertise bidisciplinaire, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu dans son rapport du 18 juillet 2012 que sur le plan rhumatologique et d'un point de vue somatique, il n'existait pas de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Dans le cadre de son examen, il a souligné la baisse générale de mobilité du recourant. Toutefois, selon l'expert, le recourant n'avait pas de limitation des gestes quotidiens (s'asseoir, se lever, se promener), si ce n'était pour enlever son pantalon en étant debout. L'expert a insisté sur le fait que le recourant exprimait énormément de plaintes de douleurs et réagissait même à un léger toucher non seulement des points fibromyalgiques ("tender points"), mais aussi des différents points de contrôle ou, plus généralement, à un simple toucher d'une partie de son corps, d'où un diagnostic de panalgie diffuse, compte tenu aussi des mouvements non limités spontanés du recourant à l'issue de l'examen. Il en a déduit une tendance à l'exagération. L'expert a également relevé la très bonne musculature des quadriceps du recourant, et a estimé qu'une amélioration de sa situation se produirait s'il trouvait du travail.

**3.5.2** Dans son rapport du 29 juin 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué une réaction dépressive qualifiée de légère (CIM-10 F43.21), un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4) et des difficultés liées à l'emploi et au chômage, ainsi qu'au logement et aux conditions économiques (CIM-10 Z56 et 59). L'expert n'a pas relevé de perte d'attention, de diminution de la pensée ou de la conscience, mais a mentionné que le recourant faisait une fixation sur ses douleurs. Il a également relevé que l'humeur de l'expertisé, d'intelligence moyenne, était changeante. Par ailleurs, il a décrit que les tests médicamenteux démontraient une mauvaise observance du traitement. Le médecin a expliqué son diagnostic de réaction dépressive par le fait que la situation du recourant se serait péjorée dès novembre 2011, date à partir de laquelle il n'avait plus perçu l'indemnité journalière de son assurance perte de gain, ce qui avait engendré certains problèmes financiers et une certaine insécurité. Selon lui, la période de 2 ans que peut durer une réaction dépressive selon la CIM-10 n'étant pas atteinte, et la situation pouvant encore évoluer favorablement, ce diagnostic était correct. L'expert a par ailleurs qualifié cette réaction dépressive de légère, eu égard notamment au fait que le recourant n'était pas suicidaire, et pouvait réagir avec humour lors de l'entretien. Dans son évaluation du caractère incapacitant ou invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant, il a examiné les différents critères établis par la jurisprudence en ce qui concerne l'exigibilité de surmonter ce trouble (voir ci-avant c. 2.2.2). Ainsi, il a retenu l'existence d'une comorbidité psychiatrique, en raison de la réaction dépressive, tout en soulignant une possible évolution favorable et en la qualifiant de légère. Selon lui, la maladie de la douleur était également devenue chronique. Au terme de son examen, l'expert a ainsi abouti à une capacité de travail limitée au plus à 15 à 20%, tout en retenant un pronostic favorable.

**3.5.3** Dans leur avis commun du 31 juillet 2012, les experts ont retenu l'existence d'une incapacité de travail de 15 à 20%, en se fondant sur le volet psychiatrique de l'expertise.

**3.6** Le 20 novembre 2012, connaissant la nouvelle préorientation du 15 novembre 2012, le médecin psychiatre et la psychothérapeute du

recourant ont pris position sur l'expertise bidisciplinaire. Ils ont notamment expliqué que leur patient avait été pris en charge dans une structure journalière entre avril et novembre 2012, et qu'un tel suivi aurait dû continuer, mais que celui-ci avait dû être interrompu pour des raisons financières (le total des jours pris en charge par l'assurance-maladie avait été atteint). Selon eux, l'incapacité de travail était complète. Les deux thérapeutes ont également émis un avis différent en ce qui concerne certains constats établis par l'expert psychiatre, notamment relatifs à la durée de la dépression qui aurait, selon eux, commencé en 2009, et aurait tout au plus été stabilisée en 2011, et l'intégration sociale du recourant, qui serait perdue selon eux. Ils ont finalement estimé que la comorbidité psychiatrique devait être qualifiée de moyenne et non de légère, et qu'il s'agissait d'un épisode dépressif, et non d'une réaction dépressive (eu égard notamment à la durée de la dépression).

**3.7** Dans sa prise de position du 11 décembre 2013 relative à l'expertise bidisciplinaire et à la prise de position des médecins traitants, la médecin psychiatre du SMR, qui avait déjà établi un rapport concernant le recourant en novembre 2011 (voir ci-avant c. 3.4), a retenu, sans avoir vu le recourant, le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant avec extension des douleurs et retrait (CIM-10 F45.4), a admis que le diagnostic de dépression réactive n'était plus d'actualité au vu de la longue durée de la dépression, et a retenu un épisode dépressif fluctuant de degré modéré à léger (CIM-10 F32.1), lequel épisode s'était amélioré depuis son dernier rapport eu égard aux observations de l'expert psychiatre et à la mauvaise observance du traitement médicamenteux. Elle a toutefois considéré que les conclusions de l'expertise bidisciplinaire relatives aux répercussions de l'atteinte sur la capacité de travail du recourant étaient encore probantes.

## **4.**

### **4.1**

**4.1.1** L'Office AI a retenu l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants. Cependant, il nie tout caractère invalidant aux

atteintes présentés par le recourant et refuse un droit à de quelconques prestations. En cela, il s'éloigne même de l'évaluation des experts, confirmée en outre par le SMR, qui arrivaient au résultat qu'une part de 15 à 20% de ses atteintes psychiques ne pouvait être surmontée par le recourant.

**4.1.2** Le recourant, quant à lui, estime qu'un droit à des prestations de l'AI lui est ouvert. Il remet principalement en cause la fiabilité matérielle de l'expertise et de l'avis du SMR, par rapport à celle des évaluations de ses médecins traitants. Selon lui, à la date de la décision, il faut constater qu'il est inexigible de sa part qu'il surmonte ses troubles somatoformes douloureux, résultat auquel l'expert était du reste déjà partiellement parvenu en juin 2012 en pronostiquant une évolution favorable, qui ne s'est pas produite.

**4.2** Le premier préavis de l'Office AI, daté du 22 décembre 2011, se fonde visiblement sur l'expertise réalisée le 27 octobre 2011 (voir ci-avant c. 3.3) pour le compte de l'assurance perte de gain maladie du recourant, laquelle expertise retient une pleine capacité de travail. Au sujet de celle-ci, on peut relever que la documentation médicale sur laquelle elle se base est incomplète, l'expert n'ayant de toute évidence pas eu connaissance – il ne mentionne en aucun cas leur existence – des rapports établis par les médecins psychiatres traitants du recourant. Par ailleurs, au sujet de la personne même de l'expert, ce dernier n'a obtenu la reconnaissance en Suisse de son titre de médecin qu'en 2012, soit après l'établissement de l'expertise (voir "Registre des professions médicales" de l'OFSP). Il découle de ce qui précède que cette expertise doit être considérée comme peu probante pour trancher la question de l'invalidité à la date déterminante de la décision contestée. Au demeurant, suite à l'opposition de l'assuré contre le premier préavis, l'Office AI a diligencé une expertise bidisciplinaire.

### **4.3**

**4.3.1** Si elles remplissent les conditions formelles et respectent les limites assignées au rôle du médecin énoncées ci-avant (voir c. 2.4), les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la

question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 c. 2.2.5; TF I 515/03 du 15 septembre 2004 c. 2.2). Par ailleurs, lors de l'évaluation du degré d'invalidité en cas de trouble somatoforme douloureux persistant, il est du devoir de l'expert de se prononcer sur l'existence d'une comorbidité psychiatrique ou de tout autre élément rendant insupportables les douleurs dans l'optique d'une activité lucrative. Sur cette base, les autorités doivent décider si l'atteinte à la santé est invalidante. Pour ce faire, elles doivent déterminer si la comorbidité psychiatrique décelée est importante ou si l'un ou l'autre des critères constatés présente une intensité et une constance suffisante pour admettre l'existence d'un trouble somatoforme douloureux d'une intensité telle qu'il n'est pas surmontable par la personne assurée et provoque une incapacité de travail. Il convient également d'examiner dans quelle mesure l'évaluation médicale de la capacité de travail liée à des aspects psychiques prend en compte des facteurs étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels; SVR 2012 IV n° 1 c. 3.4.1).

**4.3.2** D'emblée, il faut relever que le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire (voir ci-avant c. 3.5.1) respecte les exigences formelles requises. Cette expertise ne retient par ailleurs aucune incapacité de

travail, ce qui correspond aux autres avis médicaux sur ce plan. Elle doit ainsi être considérée comme probante, ce qui n'est du reste pas contesté.

**4.3.3** Quant au volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire (voir ci-avant c. 3.5.2), on peut relever qu'elle présente une certaine faiblesse relative au diagnostic de réaction dépressive. L'expert fonde en effet essentiellement sur ce diagnostic, et sur un espoir d'amélioration, son appréciation, tant de la capacité de travail du recourant que du caractère invalidant d'une ampleur de (seulement) 15 à 20%, du syndrome douloureux somatoforme résistant. Or, ce diagnostic n'était en tout cas plus valable à la date de la décision, qui est intervenue 18 mois après l'expertise. L'expert lui-même avait spécialement limité la portée temporelle de son diagnostic et de son appréciation, ce qui a du reste été admis par l'avis du SMR, qui a invalidé le diagnostic de réaction dépressive réactive. De plus, ce diagnostic se base sur un début de la dépression au terme des indemnités journalières versées par l'assurance perte de gain du recourant, sans discuter les nombreux avis selon lesquels l'épisode dépressif a commencé au moment de la perte de l'emploi (et le dossier met déjà en évidence d'autres phases dépressives antérieures, pendant l'emploi), avec interruption de la dégradation à un certain moment, puis stabilisation, qui a été remise à nouveau en cause par la fin des indemnités journalières. En outre, le fait que l'expert insiste sur le caractère réactionnel, d'une part, et, d'autre part, reconnaisse quand bien même une part de comorbidité insurmontable du fait de cette réaction dépressive démontre aussi une certaine hésitation de sa part.

Au surplus, face aux divergences importantes entre ce que l'expert psychiatre déduit de l'anamnèse et les observations des autres médecins (notamment quant à la perte de toutes relations sociales, à la malcompliance médicamenteuse, au comportement passif et non-communicatif du recourant – en particulier le fait qu'il n'ait, depuis 1982, ni appris correctement le français, ni l'allemand; voir ci-avant c. 3.6), il aurait fallu confronter l'expert aux réactions des médecins traitants. En l'état, il n'est pas possible de tracer la limite entre les traits du caractère réservé et peu communicatif du recourant et les troubles dépressifs. D'éventuelles

fluctuations dans la période couverte par la demande de prestations de l'AI n'ont pas non plus été examinées.

**4.3.4** Les évaluations des médecins traitants (voir ci-avant c. 3.6) ne sont pas non plus probantes. Il convient de souligner à ce stade le rôle du médecin traitant, qui est en premier lieu de soutenir son patient (voir notamment TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). En l'occurrence, plusieurs des appréciations des médecins traitants ont été précisément établies en réaction directe aux préavis ou à la décision négatifs de l'AI (dos. AI 48/4-10 et 64/25-26). Leurs descriptions de la situation (notamment la passivité totale, la perte quasi-totale de contacts sociaux, même avec les proches, les explications de la mauvaise compliance médicamenteuse par l'oubli) ne convainquent pas non plus au degré de la vraisemblance prépondérante par rapport aux observations des experts (voir ci-avant c. 3.5), qui relèvent notamment des signes nets d'exagération des maux, une absence de motivation à reprendre le travail affirmée aussi en raison d'autres problèmes existentiels que financiers (l'épouse bénéficiant déjà d'une rente; dos. AI 43.1/4-5 et 7), un taux de médicaments dans le sang incompatible avec les prescriptions relevé à deux reprises (dont une fois lors de l'établissement de l'expertise du 27 octobre 2011) et la description du comportement pendant l'expertise ne faisant pas montre de perte d'attention. Par ailleurs, on relèvera encore l'absence de perte musculaire relevée par l'expert en rhumatologie et le procès-verbal de l'assurance perte de gain maladie faisant état d'une activité de jardinage encore en 2011.

**4.4** Il résulte de ce qui précède que les données médicales (plus spécifiquement sur le plan psychique) ne sont pas actuelles et sont contradictoires. Elles ne permettent pas d'établir de diagnostic ni de description des empêchements médico-théoriques précis; elles ne fournissent pas de base suffisante non plus pour évaluer le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant.

En outre, il faut souligner qu'on ne pourrait de toute façon pas suivre l'Office AI dans la mesure où il s'est éloigné de l'avis commun des experts admettant une incapacité de travail de 15 à 20% correspondante à la part d'inexigibilité de surmonter le syndrome douloureux somatoforme

persistant. L'Office AI nie ainsi, sans aucune explication, même l'existence d'une comorbidité psychiatrique, pourtant spécialement étayée par l'expert psychiatre et confirmée par l'évaluation consensuelle du SMR, en dépit notamment du caractère réactionnel alors reconnu au trouble dépressif et des nombreux signes d'exagération des maux constatés par le médecin rhumatologue. Pour cette seule raison déjà, la décision de refus (absolu) de prestations devrait être annulée.

**4.5** Au vu de ce qui précède, la décision de refus (absolu) de toute prestation de l'AI doit être annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. L'Office AI veillera à actualiser les données médicales pluridisciplinaires (ainsi que les indications médicales nécessaires sur les critères d'exigibilité en relation avec le syndrome douloureux somatoforme) et les asseoir sur des bases solides en tenant compte aussi des rapports médicaux des médecins traitants. Il veillera également à ce que la documentation médicale couvre toute la période faisant l'objet de la contestation avec d'éventuelles indications des fluctuations dans la capacité de travail. Ce n'est qu'en possession de ces données que l'Office AI pourra à nouveau statuer. Si une nouvelle décision de refus de toute prestation ne se justifie pas, l'Office AI, comme le recourant le suggérait déjà dans ses observations du 19 décembre 2012, avant de se prononcer sur un droit à une rente, devra examiner les possibilités de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle sur le marché du travail (exigibilité d'une réadaptation personnelle ou instauration de mesures).

En l'état du dossier, le renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction des points litigieux se justifie pleinement, dès lors qu'il touche à des questions qui n'ont pas du tout été éclaircies par l'assureur social qui, en s'éloignant de toutes les appréciations médicales (y compris celle de son SMR), a nié toute atteinte invalidante et refusé toute prestation. Il est d'ailleurs à juste titre requis par le recourant dans ses conclusions. Une instruction à ce niveau par le TA violerait le droit d'être entendu de l'assuré 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 (ce qui serait inadéquat compte tenu du fait que des mesures de réadaptation ne peuvent être exclues).

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision du 4 mars 2014, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à 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 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2; voir également l'art. 104 al. 1 LPJA). Le recourant étant représenté par une mandataire professionnelle, il a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA), quand bien même cette avocate est-elle employée par une association d'aide aux invalides (ATF 122 V 278 c. 3e/aa; SVR 1997 IV n° 110 c. 3c). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 3 septembre 2013, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, visible sur le site [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) -> Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'135.10 (honoraires: Fr. 1'040.-; débours: Fr. 11.- ; TVA: Fr. 84.10).

**5.3** Les frais de la procédure de recours devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**5.4** Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire est devenue sans objet.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'135.10 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours, devenue sans objet, doit être rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par sa mandataire,
  - à l'intimé,
  - 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).