

200.2014.444.AI

DEJ/BEJ

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

Jugement du 23 février 2015

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et D. Baldin, juges
J. Desy, greffier



A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 2 avril 2014

En fait:

A.

A. _____, né en 1971, marié et père d'un enfant (né [...] en 2012), a travaillé en dernier lieu en qualité de chauffeur-livreur. L'assuré a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 100% dès le 10 juillet 2012. Le service social de sa commune le soutient financièrement depuis janvier 2011.

B.

Le 3 août 2012, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant une scoliose sévère, de multiples hernies discales et une dépression. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins traitants de l'assuré. Après avoir consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI a requis des informations complémentaires auprès d'une clinique psychosomatique, puis a diligenté une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et orthopédique). Le 5 juillet 2013, le même Office AI a refusé des mesures professionnelles à l'assuré. L'examen bidisciplinaire a eu lieu le 5 février 2014 et un rapport a été établi le 11 février 2014. L'Office AI a par la suite informé l'assuré, par préorientation du 18 février 2014, qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'atteinte invalidante à la santé. En dépit des objections formulées par l'intéressé, soutenu par son médecin traitant, dans son objection du 18 mars 2014, l'Office AI a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 2 avril 2014.

C.

Le 8 mai 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI du 2 avril 2014 auprès de ce même Office AI (recours transmis d'office au Tribunal administratif du canton de Berne [TA]), en concluant

implicitement à l'octroi d'une rente. Après avoir requis l'assistance judiciaire le 23 mai 2014, le recourant a complété sa requête le 6 juin 2014 en joignant divers documents permettant d'établir sa situation financière. Il a également joint à ce dernier courrier un nouveau rapport médical.

Le 7 août 2014, l'Office AI a produit un mémoire de réponse, par lequel il a conclu au rejet du recours, et a joint un "Protokoll per 07.08.2014". Le recourant a répliqué le 26 août 2014 et l'Office AI a renoncé à dupliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision du 2 avril 2014 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prestations AI présentée par l'assuré. L'objet du litige porte quant à lui sur l'octroi de ces mêmes prestations AI.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès d'un organe chargé de la mise en œuvre des assurances sociales qui l'a transmis à l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 30 et 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] 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 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 LPGGA). 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 LPGGA).

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 LPGGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 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).

2.3 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). Tant que des éléments concrets ne permettent pas de mettre en doute la crédibilité d'un rapport émanant d'un médecin de famille, il est inadmissible d'écarter ses conclusions en se fondant sur sa position et en se référant à des compétences spécialisées de médecins d'une clinique universitaire (TF 8C_278/2011 du 26 juillet 2011 c. 5.3). S'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit toutefois tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant et plus encore du médecin chargé d'une thérapie de la douleur en raison de son rapport de

confiance particulier et de la nécessité d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

3.

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

3.1 Après un accident de travail le 21 juin 2005, le recourant a bénéficié de prestations de l'assurance-accidents jusqu'en décembre 2005. Le 17 août 2005, un médecin spécialisé en radiologie a diagnostiqué une "protrusion discale paramédiane bilatérale en L4/L5 au contact des racines et pouvant être à l'origine d'un syndrome irritatif ddc", ainsi qu'une "hernie paramédiane G en L5/S1 avec un conflit à l'émergence de la racine L5 G". Le 10 mai 2010, un médecin spécialisé en rhumatologie a diagnostiqué un syndrome douloureux cervico-céphalique prononcé avec une composante "myofasciale" (myofasciale Komponente) et un déséquilibre musculaire, ainsi qu'un syndrome de la colonne vertébrale aux niveaux thoracique et lombaire avec une scoliose, un déséquilibre musculaire et des atteintes dégénératives (dossier [dos.] AI 7).

3.2

3.2.1 Le 20 juillet 2012, le médecin psychiatre traitant du recourant a établi un rapport à l'intention de l'Office AI (dos. AI 7/2-5). A titre de diagnostic, il mentionne un trouble dissociatif mixte (F44.7 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10]) et une personnalité schizoïde (CIM-10 F60.1), tous deux existants depuis juin 2005, ainsi qu'un processus dégénératif de la colonne lombaire (L4-L5), des troubles statiques et un déséquilibre musculaire. Il a également noté la présence d'une anosmie, de discopathies L4-L5 et L5-S1, d'une scoliose, d'une hernie hiatale et d'un syndrome sciatique irritatif à droite, ces derniers diagnostics étant toutefois sans effet sur la capacité de travail du recourant. En substance, depuis son accident de juin 2005 et les multiples lésions de la colonne vertébrale qui en ont découlé, le recourant se replierait sur lui-même, ne communiquerait

plus avec son entourage, vivrait en autarcie, se plaindrait de multiples maux de tête, de lombosciatalgies et de troubles gastriques. Le médecin constate objectivement un tableau de trouble dissociatif, un détachement de l'environnement, une altération de la motricité et de la sensibilité, de multiples plaintes physiques, de l'anxiété diffuse, une mauvaise position du corps et des symptômes dépressifs majeurs (isolement social, idée de persécution, trouble cognitif). Tout en notant un pronostic mauvais, il retient une complète incapacité de travail à partir du 10 juillet 2012 et relève que d'un point de vue médical, l'activité exercée en dernier lieu par le recourant (chauffeur-livreur) n'est plus possible.

3.2.2 Le 16 avril 2014, le médecin psychiatre traitant a à nouveau mentionné les diagnostics de trouble dissociatif mixte (CIM-10 F44.7) et de personnalité schizoïde (CIM-10 F60.1).

3.3 Le 26 octobre 2012, le médecin traitant (spécialiste en médecine interne) de l'assuré a diagnostiqué une douleur chronique cervico-céphalique depuis novembre 2011 avec une composante "myofasciale" (myofasciale Komponente) et un déséquilibre musculaire, ainsi qu'un syndrome de la colonne vertébrale aux niveaux thoracique et lombaire consécutif à une scoliose, des atteintes dégénératives et un déséquilibre musculaire. Il est également relevé un manque de vitamine B12, toutefois sans que cela n'ait d'effet sur la capacité de travail du recourant. Le médecin mentionne que le recourant, suite à un accident de travail intervenu il y a 5 ans, a subi une contusion aux vertèbres lombaires, qui a disparu après un traitement conservateur. En 2011, il y a eu apparition de douleurs cervicales qui irradiaient jusque dans la tête, si bien qu'elles empêchaient le recourant de s'endormir. Le médecin a également constaté une hypercyphose de la colonne vertébrale aux niveaux lombaire et thoracique, ainsi qu'une limitation de la mobilité de l'ensemble de la colonne vertébrale, et différents points de pression musculaires ont été relevés le long de la colonne vertébrale. Aucune problématique neurologique n'a été détectée, à l'exception d'un amortissement symétrique des réflexes musculaires aux extrémités supérieures du corps. Le médecin retient que le recourant souffre d'une incapacité de travail considérable, laquelle devient de toute évidence chronique. Le travail exercé jusqu'alors

par le recourant est encore possible à hauteur de 50% maximum, avec des phases de complète incapacité de travail. Le médecin mentionne encore qu'un travail sans obligation de porter des charges lourdes serait plus approprié et recommande en conséquence des cours en vue d'une reconversion professionnelle.

3.4 Le 1^{er} février et le 15 avril 2013, deux médecins du SMR, se fondant sur l'ensemble du dossier, ont recommandé l'établissement d'une expertise bidisciplinaire.

3.4.1 Dans le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire du 11 février 2014 (dos. AI 29.1), l'expert psychiatre diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant avec facteurs somatique et psychique (CIM-10 F45.41 [recte: F45.4]), toutefois sans influence sur la capacité de travail du recourant. A l'appui de ce diagnostic, il invoque que l'ampleur des douleurs décrites par le recourant et sa conviction profonde de ne plus pouvoir travailler ne peuvent pas être objectivées sur le plan somatique, si bien qu'un trouble d'ordre psychique doit être admis. Par ailleurs, l'expert écarte toute comorbidité psychiatrique. Il nie en outre tout repli social marqué et relève que les thérapies ont échoué, essentiellement en raison de la conviction du recourant d'être atteint dans sa santé et de son manque de motivation à se réintégrer dans le monde du travail. A ses yeux, des indices en faveur de conflits inconscients, de profit primaire de la maladie, font défaut. Il avance en outre que les analyses de sang effectuées démontrent une mauvaise observance du traitement médicamenteux, ce qui tendrait à expliquer que le recourant n'est pas véritablement dépressif et ne ressent pas le besoin de prendre son traitement. L'expert psychiatre écarte, après avoir admis qu'ils pouvaient d'une certaine façon se comprendre, les diagnostics posés par le médecin psychiatre traitant. Il nie en particulier toute maladie psychiatrique en rapport aux "pseudo-hallucinations" évoquées et le parcours du recourant exclut tout trouble dissociatif ou schizoïde de la personnalité. Finalement, en l'absence de comorbidité psychiatrique, il parvient à la conclusion que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant avec facteurs somatiques et psychiques n'a pas d'influence sur la capacité de travail du recourant.

3.4.2 Dans le volet orthopédique et neurologique de l'expertise bidisciplinaire du 11 février 2014 (dos. AI 29.1), l'expert, médecin spécialisé en orthopédie, ne relève aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail du recourant. Il avance cependant que le recourant souffre d'un syndrome douloureux chronique de la colonne vertébrale avec accentuation aux vertèbres lombaires (CIM-10 F54.80) depuis son accident de travail en juin 2005, avec une hernie discale L5/S1 avec une possible irritation de la racine nerveuse L5 gauche et un début de dégénérescence des vertèbres lombaires basses. Il évoque également le fait que le recourant s'est fracturé un doigt il y a 20 ans, et une suspicion d'amplification par le recourant de la douleur ressentie. De façon générale, l'expert relève que les douleurs dans tout le corps évoquées par le recourant ne peuvent être expliquées par ses constats objectifs. Un effort de volonté du recourant peut être exigé afin de surmonter ses troubles subjectifs et une pleine capacité de travail peut être attestée.

3.4.3 A titre de synthèse bidisciplinaire, les experts réitèrent ce qui précède, soulignant l'absence de limitation de la capacité de travail sous l'angle orthopédique et sous l'angle psychiatrique. En plus des diagnostics déjà évoqués, ils soulignent la non-observance d'un traitement médical, recommandent de ne pas poursuivre le traitement médicamenteux et considèrent qu'il n'y a pas non plus lieu de poursuivre une thérapie psychiatrique ou d'instaurer des mesures sur le plan orthopédique.

3.5 Le 18 juin 2014, le recourant a transmis au Tribunal le rapport établi le 16 mai 2005 suite à son IRM du 15 mai 2014. A titre de diagnostic, il est notamment retenu l'existence d'une scoliose thoracique en forme de "s" sans sténose du canal spinal et sans myélopathie. On relève encore que l'affection à la racine du nerf L5 diagnostiquée en février 2014 par l'expert spécialisé en orthopédie (voir ci-avant c. 3.4.2) semble ne plus exister, dès lors que ce rapport fait état d'une protrusion modérée sans compression du nerf ("moderate dorsale Bandscheibenprotrusionen LWK4/5 und 5/SWK1 ohne Neurokompression").

4.

4.1 L'Office AI a retenu une absence d'atteinte à la santé invalidante en se fondant essentiellement sur l'expertise bidisciplinaire de février 2014. Le recourant affirme quant à lui que son état de santé l'empêche de travailler, et estime en conséquence avoir droit à des prestations de l'AI.

4.2 Il faut tout d'abord relever que l'expertise bidisciplinaire de février 2014 se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Les experts ont procédé eux-mêmes à un examen personnel du recourant et ont pris en compte les plaintes subjectives de ce dernier, son anamnèse et les autres documents au dossier de la cause.

4.2.1 Sur la base de l'ensemble du dossier et de son examen clinique personnel du recourant, l'expert psychiatre a retenu un diagnostic de trouble somatoforme douloureux avec facteurs somatique et psychique, toutefois sans que cette atteinte n'ait de répercussions sur la capacité de travail, qui est, du point de vue psychiatrique, complète et sans limitations. Dans le cadre de son rapport, l'expert a notamment considéré les diagnostics de trouble dissociatif mixte et de personnalité schizoïde établis par le médecin psychiatre traitant du recourant. Cependant, il les a écartés de façon claire et précise, en avançant des arguments convaincants (dos. AI 29.1/8-9 ch. 3.8), tant en ce qui concerne les troubles dissociatifs (absence totale de limitation somatique et hallucinations optiques peu crédibles) qu'en ce qui concerne une personnalité schizoïde (vie sociale active). Il faut également relever que le recourant n'apporte aucun élément à l'encontre des arguments retenus par l'expert, se limitant à produire une ordonnance de son médecin psychiatre confirmant ses diagnostics. Dans ces circonstances, en tenant compte également du fait que le rôle du médecin traitant est avant tout de soigner son patient (voir ci-avant c. 2.3), il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation de l'expert.

4.2.2 Sur les plans orthopédique et neurologique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail du recourant (dos. AI 29.1/13 ch. 4.3; voir ci-avant c. 3.4.2). On peut relever le caractère exhaustif du rapport d'expertise qui établit un diagnostic complet, crédible

et bien documenté. A nouveau, il n'y a ainsi pas de raison, et le recourant n'en fait pas valoir, de s'éloigner de l'appréciation de l'expert.

Le rapport du 16 mai 2014 décrit des faits qui sont postérieurs à la date de la décision attaquée. Or, il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce, et il ne peut dès lors être tenu compte de ce rapport, qui, au demeurant, semble même mettre en évidence qu'à tout le moins une partie des constats relevés par l'expert spécialisé en orthopédie n'existe plus, dans la mesure où l'affection à la racine du nerf L5 semble ne plus exister.

4.3 En vertu de ce qui précède, il faut donc retenir qu'il n'y a pas d'invalidité invalidante au sens de la loi.

5.

5.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours dirigé contre la décision du 2 avril 2014 doit être rejeté.

5.2 En dérogation à l'art. 61 let. 1 LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure doivent ainsi être fixés à Fr. 700.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Le recourant qui succombe doit supporter les frais de la procédure et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

5.3 Sur requête, l'autorité de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances

de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

En l'espèce, la condition financière est remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance des services sociaux (cf. pièces justificatives de la requête d'assistance judiciaire du 6 juin 2014: attestation du service social régional compétent du 5 juin 2014; ATF 128 I 225 c. 2.5.1 et les références citées). En outre, les chances de succès du recours ne pouvaient être d'emblée niées (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). En l'espèce, la requête peut dès lors être admise. Le recourant doit ainsi être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

En conséquence, les frais de la procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

5.4 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

4. Il n'est pas alloué de dépens.

5. Le présent jugement est notifié (R):

- au recourant,
- à l'intimé
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

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).