

200.2014.702.AI

APA/BEJ

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

Jugement du 15 février 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A. Aprile, greffière



A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 26 juin 2014

En fait:

A.

A. _____, né en 1984, marié et père de famille, est au bénéfice d'un certificat de capacité (CFC) d'employé de commerce obtenu en 2005. Il a travaillé depuis lors auprès de différentes entreprises dans cette profession. D'abord occupé dans le domaine de l'expédition, il a travaillé en dernier lieu et à partir du mois d'avril 2010 auprès du service clients d'une société active dans le développement, la fabrication et commercialisation de montres. Il a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 100% dès le 10 mars 2011. Des indemnités journalières de l'assurance-maladie lui ont été versées à partir du 9 avril 2011. Il a recouvré une capacité de travail à un taux de 50% dans son emploi dès le 20 juillet 2011, en étant dispensé de l'activité l'amenant à répondre au téléphone. Il a effectué du service civil du 1^{er} mars au 23 mai 2012, période durant laquelle le versement des indemnités journalières de l'assurance-maladie a été interrompu. Il a subi une nouvelle incapacité de travail attestée médicalement à un taux de 100% depuis le 24 mai 2012. Par lettre du 24 janvier 2013, l'entreprise dans laquelle il travaillait a résilié son contrat de travail pour le 31 mars 2013. Le versement des indemnités journalières de l'assurance-maladie a pris fin le 2 juin 2013. Le 23 septembre 2013, l'intéressé a déposé une demande d'indemnités journalières auprès de l'assurance-chômage (AC); il a touché ces dernières pour une activité à un taux de 100% du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014.

B.

Plus tôt, à savoir le 18 août 2011, l'assuré avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en indiquant n'avoir "aucune idée" de son atteinte à la santé. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction de cette demande, notamment auprès des médecins traitants de l'assuré (généraliste FMH, neurologue FMH et spécialiste FMH en psychiatrie/psychothérapie), ainsi qu'auprès de l'orthophoniste-logopédiste de celui-ci. Le 16 février 2012, l'Office AI Berne a consulté le Service

médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) qui, par le biais d'une spécialiste FMH en psychiatrie/psychothérapie, a procédé à des examens personnels de l'intéressé. L'Office AI Berne a accordé à ce dernier plusieurs mesures d'intervention précoce et de réadaptation durant la période allant du 4 janvier 2013 au 30 avril 2014 (avec interruptions ou chevauchements de celles-ci), telles que coaching, stage d'observation professionnelle, entraînements au travail dans le domaine de la conciergerie puis de la logistique, cours de cariste, aide au placement et placement à l'essai. L'Office AI précité a, par préavis du 13 mai 2014, informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente, en raison de l'absence d'invalidité (degré d'invalidité de 0%). Ce même office a confirmé le contenu de son préavis, contre lequel aucune observation n'avait été formulée, par décision du 26 juin 2014.

C.

Par acte du 20 juillet 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en faisant, en substance, valoir le droit à une continuation de prise en charge par l'AI. Par courrier du 28 août 2014, l'intéressé a aussi présenté une requête d'assistance judiciaire, complétée par lettre du 11 septembre 2014, auprès du TA.

Dans son mémoire de réponse du 29 septembre 2014, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, a estimé que les mesures professionnelles ne faisaient pas partie de l'objet du litige et a pris position à ce propos par lettre du 14 novembre 2014.

Le recourant n'a pas produit de réplique.

En droit:

1.

1.1 La décision du 26 juin 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de rente AI présentée par l'assuré. L'objet du litige porte quant à lui, implicitement, sur l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations, dont une rente d'invalidité à ce dernier. L'objet de la contestation, tel que précédemment défini, fixe la limite des points qui peuvent être critiqués par le recours. Il en découle qu'il n'appartient pas au TA de se prononcer sur l'éventuel octroi de mesures médicales (pour lesquelles du reste un droit ne pourrait à première vue être accordé que jusqu'à l'âge de 20 ans, conformément aux art. 12 et 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]). Il s'ensuit également que malgré le fait que la décision contestée nie dans ses motifs toute invalidité - et qu'elle peut dès lors laisser suggérer qu'elle exclue non seulement un droit à une rente mais aussi à de nombreuses autres prestations de l'AI - le TA n'a pas à se prononcer sur l'éventuel droit à de nouvelles mesures de réadaptation. On peut toutefois noter que la fin de l'aide au placement a fait l'objet d'une décision séparée du 12 novembre 2014, qui n'a pas été attaquée. Dans la mesure où le recours comprend de telles conclusions, il est irrecevable. De telles prestations devraient faire l'objet d'une nouvelle demande (sur les questions d'objet de la contestation et d'objet du litige, voir notamment ATF 131 V 164 c. 2.1, 125 V 413 c. 2a; MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern*, 1997, art. 49 n. 2 et art. 72 n. 6).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites (les autorités ne doivent pas poser d'exigences trop hautes quant à la formulation des conclusions des parties, en particulier si elles émanent de personnes non versées dans le droit; ATF 117 la 126 c. 5c, 116 V 353 c. 2b; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 61 n. 40, 75, 78 et 79), auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales

[LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste dans 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). 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). Par cette nouvelle réglementation, les précédents principes de droit non écrits et, en particulier, la jurisprudence relative à l'exclusion des facteurs étrangers à l'invalidité et au principe de l'exigibilité sont désormais explicitement ancrés

dans la loi (ATF 140 V 197 c. 6.2.1, 135 V 215 c. 7.3; Message concernant la 5^{ème} révision de l'AI, FF 2005 p. 4285 ss).

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

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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

2.3 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé a refusé toute rente en fonction d'une absence d'invalidité. Il a estimé qu'il était exigible du recourant qu'il occupe un emploi à un taux de 100% lui fournissant une rémunération nettement supérieure au revenu sans invalidité. Pour affirmer ce qui précède, l'Office AI a pris en compte le fait que l'assuré avait pu bénéficier d'un nombre important de mesures professionnelles de réadaptation et qu'en outre il s'était inscrit à l'AC avec une aptitude au placement de 100% du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014. Toujours de l'avis de l'intimé, le recourant n'a pas non plus droit à une rente limitée dans le temps, puisque même déjà avant l'échéance du délai d'attente d'une année prévue à l'art. 28 al. 1 let. b LAI courant dès le 24 mai 2012 celui-ci a bénéficié de mesures de réadaptation et d'indemnités journalières de l'AI et ce, jusqu'au 30 avril 2014, à savoir même après qu'il avait commencé à toucher celles de l'AC.

3.2 Pour sa part, le recourant soulève que son état de santé n'autorise pas une activité à un taux de 100% et que l'inscription à l'AC avec pleine aptitude au placement s'est imposée à lui en raison de ses charges familiales. Il estime qu'une activité de bureau n'est pas adaptée et peut tout au plus représenter une solution à court terme risquant d'aggraver la situation. Il conclut donc à la continuation de la prise en charge par l'AI, que ce soit par le biais de nouvelles mesures professionnelles, par le paiement d'un traitement médical ou par l'octroi d'une rente (voir toutefois c. 1.1 quant aux limites de l'objet de la contestation).

4.

4.1 Du point de vue de la situation professionnelle de l'assuré, les éléments suivants ressortent du dossier:

4.1.1 L'intéressé a, depuis la fin de son apprentissage d'employé de commerce en 2005, changé souvent d'emploi, engagements entrecoupés par des périodes durant lesquelles il a bénéficié d'indemnités de l'AC (dossier [dos.] AI doc. 6 p. 3). Avant de rejoindre son dernier employeur, le revenu annuel le plus élevé du recourant atteignait un montant de Fr. 59'150.- qu'il a perçu en 2008 (dos. AI doc. 6 p. 2).

4.1.2 C'est pour ce même salaire que le recourant a été engagé par son dernier employeur le 26 avril 2010 pour occuper un poste d'employé de commerce au service clients. Dès la reprise du travail à un taux de 50%, à savoir dès le 20 juillet 2011, l'entreprise dans laquelle travaillait le recourant a exclu de l'activité professionnelle de ce dernier les contacts téléphoniques (dos. AI doc. 14 p. 3). A ce propos, il ressort du dossier que l'employeur a tenu compte des charges familiales de son employé et s'estimait indulgent dans la rétribution du travail fourni par ce dernier, même en n'assumant plus que 50% du salaire (indemnités journalières de maladie pour le reste; voir "Protokoll per 14.11.2014" p. 4).

4.1.3 L'intimé a mis en place de nombreuses tentatives de réadaptation (coaching, stage d'observation professionnelle, entraînements au travail dans le domaine de la conciergerie puis de la logistique, cours de cariste,

aide au placement et placement à l'essai) durant la période allant du 4 janvier 2013 au 30 avril 2014. Ces dernières n'ont pas permis au recourant de retrouver un emploi stable. Les rapports récoltés par l'Office AI Berne relèvent en substance que malgré les ressources de l'assuré en compréhension, réflexion, introspection, il existe des comportements difficilement acceptables sur le marché ordinaire du travail (dos. AI doc. 54, 68, 79, 82 et 129). En effet, plusieurs éléments négatifs ont été constatés, tels que des retards, une certaine lenteur, de la distraction, un manque de ténacité et de soin dans le travail, un manque de concentration ou encore une intolérance vis-à-vis des critiques. Les documents précités font également état d'un manque de sûreté du recourant en lui-même, de soins personnels négligés, d'une dispersion, de nombreuses occupations simultanées dans le secteur privé, telles que la rénovation de sa maison, le jardinage ou encore le fait de s'occuper de sa famille et de ses animaux de compagnie. Ils mentionnent finalement le peu de motivation à persister dans un emploi de bureau que l'intéressé estime nuisible et ce, malgré l'expérience dont il bénéficie dans ce domaine.

4.2 Au dossier, les sources médicales suivantes renseignent principalement sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré:

4.2.1 Suite aux examens neuropsychologique du 31 août 2011 et neurologique du 3 octobre 2011 subis par le recourant, le neurologue traitant de ce dernier, médecin-chef auprès d'un centre hospitalier, a rédigé un rapport de consultation du 4 octobre 2011 auquel était également joint le rapport neuropsychologique détaillé du 26 septembre 2011. Le médecin précité a diagnostiqué un syndrome de troubles de l'attention avec hyperactivité depuis la petite enfance (diagnostic posé sur la base de l'anamnèse, du comportement et de l'examen neuropsychologique susmentionné), un burn-out (diagnostiqué fin 2010 sous psychothérapie et thérapie médicamenteuse) et un bégaiement depuis l'enfance. En outre, l'examen neuropsychologique du 31 août 2011 a mis en évidence des déficits de la mémoire, de la mémoire de travail, de l'attention et dans l'organisation. Ce même médecin a en outre fait parvenir à l'intimé son rapport médical du 6 décembre 2011. Il ressort notamment de ce dernier, en plus des éléments d'ores et déjà cités ci-dessus, que le recourant était

suivi, en raison de son burn-out, par un service psychiatrique qui a attesté une incapacité de travail de celui-ci à un taux de 50%.

4.2.2 Dans son rapport non daté mais reçu par l'intimé le 14 novembre 2011, la généraliste qui le suit a établi que le recourant souffrait d'un syndrome de troubles de l'attention avec hyperactivité et d'un état dépressif réactionnel existants depuis 2011, ainsi que d'un bégaiement depuis l'enfance exacerbé actuellement. La généraliste précitée a énuméré en tant que restrictions physiques, mentales ou psychiques, le bégaiement avec impossibilité pour le recourant d'utiliser le téléphone et des troubles de la concentration et de l'attention. De son avis, l'activité exercée est encore exigible à 50%, le rendement étant quant à lui réduit en raison de la limitation due aux troubles d'élocution. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2012, cette même praticienne a retenu une aggravation de ces derniers ainsi que de l'état dépressif avec nécessité de consulter un psychiatre. Elle a en outre conclu à un pronostic peu favorable. Elle a précisé par ailleurs l'évolution de l'incapacité de travail, à savoir un taux de 50% du 20 septembre 2011 au 31 janvier 2012, de 30% du 1^{er} au 29 février 2012, puis de 100% dès le 24 mai 2012, et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

4.2.3 Dans son rapport du 16 février 2012, faisant suite à un entretien avec le recourant en présence aussi d'une spécialiste en réadaptation, une psychiatre FMH du SMR a estimé que le burn-out n'était pas encore complètement guéri, de sorte que le rendement du patient variait et que celui-ci n'avait pas encore retrouvé l'entière confiance en lui-même. Elle a en outre ajouté qu'un syndrome de troubles de l'attention avec hyperactivité n'était pas exclu, se ralliant toutefois au final au diagnostic du neurologue. Cette même spécialiste a cependant précisé que l'état de santé évoluait de façon encourageante en raison des mesures dont bénéficiait le recourant (logopédie avec composantes psychothérapeutiques, collaboration avec la spécialiste en réadaptation, l'employeur, ainsi que la généraliste et le neurologue traitants). De son avis, il était important que la capacité de travail soit augmentée progressivement du taux actuel de 70% à celui de 100%, niveau que l'assuré serait en mesure de récupérer dès le mois d'avril 2012.

4.2.4 Le spécialiste en psychiatrie/psychothérapie traitant de l'assuré a mentionné dans son rapport du 16 juillet 2012 un diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif majeur, épisode isolé (F32 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10], de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Il a retenu en outre un trouble de l'attention et de la concentration dont découle une baisse des performances et a évalué, partant d'une activité d'employé dans l'horlogerie, une incapacité de travail (et une perte de rendement) à 100% à partir du 1^{er} juillet 2012 jusqu'à une date indéterminée, une amélioration de cette situation ou une reprise du travail ne devant pas être attendue pour l'instant. Dans son rapport du 5 novembre 2012 précisant le contenu de la feuille annexe au rapport médical du 15 octobre 2012, le psychiatre précité a estimé que l'état de santé du recourant s'était modérément amélioré et que des mesures professionnelles lui semblaient indiquées. Il a précisé à ce propos qu'il faudrait au minimum évaluer les aptitudes actuelles de l'assuré, en particulier sur le plan de la concentration, de l'attention, de ses performances pour effectuer une tâche, voire proposer une évaluation plus précise afin de mieux cerner ses possibilités professionnelles et orienter celui-ci dans un domaine correspondant. De l'avis de ce même spécialiste, étant donné le bégaiement du patient, les meilleures chances de succès de réinsertion dépendront d'une voie professionnelle pour laquelle l'usage du langage oral n'occupe pas une place principale contrairement à ce qui est le cas dans sa formation initiale. Il a confirmé l'incapacité de travail mentionnée dans son rapport du 16 juillet 2012.

5.

5.1 Pour autant que les rapports du SMR satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont une valeur probante comparable à celles d'autres expertises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des

preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6).

5.2 En l'espèce, aucune des sources médicales au dossier (résumées sous le c. 4.2) ne permet une estimation fiable de la capacité de travail de l'assuré. A leur lecture, l'on note tout d'abord qu'il n'existe aucune évaluation récente. Le dernier rapport médical a été émis par le psychiatre/psychothérapeute traitant le 5 novembre 2012, à savoir 18 mois avant le prononcé de la décision querellée et, s'il confirme une incapacité de travail pleine et entière du recourant, il propose expressément une évaluation des aptitudes de ce dernier au niveau de sa concentration, de l'attention et de ses performances pour effectuer une tâche. Il convient dès lors de conclure qu'en faisant cette suggestion, le psychiatre n'est pas certain de son appréciation médicale et que de ce fait l'incapacité de travail pleine et entière qu'il confirme ne saurait convaincre. S'agissant du rapport du 16 février 2012 du SMR, à supposer que celui-ci puisse de prime abord répondre aux exigences relatives à la valeur probante des moyens de preuve médicaux, avec toutes les réserves qu'il convient encore d'apporter lorsqu'on se trouve en présence d'évaluation émanant de médecins internes aux assureurs sans qu'une expertise externe ait été ordonnée (voir ci-dessus c. 2.4 et 5.1), sa force probante doit toutefois être d'emblée relativisée. Tout d'abord, selon la psychiatre même qui en est l'auteur, il ne procède pas d'un véritable examen médical et n'a donc qu'une portée limitée sans caractère définitif. Ensuite, il manque d'actualité dans la mesure où il a été émis plus de deux ans avant que l'intimé ne statue sur le droit à la rente du recourant. De plus, ce rapport a été établi avant le commencement au 15 juin 2012 du traitement de l'assuré auprès de son psychiatre/psychothérapeute. Ledit rapport ne prend dès lors pas en compte l'avis médical de ce dernier et ne reflète plus, au jour du prononcé

de la décision attaquée, l'état de santé du recourant. On peut relever à cet égard que si tous les médecins posent de façon unanime le diagnostic de troubles de l'attention avec hyperactivité et évoquent le bégaiement, certains d'entre eux (le neurologue et la spécialiste du SMR) y ajoutent un burn-out, alors que les autres le complètent par un trouble dépressif (dont la gravité n'est pas précisée par la généraliste, mais qui est qualifié de majeur, épisode isolé [CIM-10: F32], par le psychiatre traitant). Sur la question de la capacité de travail, le rapport du SMR précité se heurte aux autres avis médicaux contenus dans le dossier. En effet, si la psychiatre du SMR a pronostiqué dans ledit rapport une capacité de travail de 100% à partir du mois d'avril 2012, la généraliste et le psychiatre/psychothérapeute traitants, dans leurs rapports des 1^{er} et 16 juillet 2012, ont conclu à une incapacité de travail de 100% à partir du 24 mai 2012, respectivement dès le 1^{er} juillet 2012. Se limitant à ces précisions quant à la capacité de travail, aucun des avis médicaux ne contient d'éléments suffisants permettant d'évaluer dans quelle mesure les comportements peu compatibles avec une intégration sur le marché ordinaire du travail du recourant relèvent de troubles surmontables ou non, et quelles fonctions sont véritablement entravées par les handicaps. Ils ne permettent pas de reconstituer l'évolution de la capacité de travail et du rendement dans le temps, pour la période faisant l'objet de la contestation. 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). En l'espèce, le TA considère que les données de faits (médicaux) à disposition ne permettent pas de fonder un jugement.

En effet, l'imprécision des estimations médicales quant à l'incapacité de travail et la perte de rendement ne permet pas de statuer avec une vraisemblance prépondérante sur une éventuelle incapacité de gain déterminant l'invalidité. De plus, l'évaluation (par l'intimé) du caractère surmontable d'une éventuelle incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA) repose

sur des indices ambigus. Ainsi, les attitudes et déclarations contradictoires du recourant (telles que par ex. l'exécution de diverses activités privées, la résignation à quand même reprendre un emploi de bureau, son inscription à l'AC, les nombreuses appréciations négatives résultant des efforts de réadaptation déployés par l'AI) donnent une image confuse empêchant toute distinction entre d'éventuelles restrictions découlant d'atteintes à la santé et des facteurs étrangers à l'invalidité. En outre, les emplois précédemment occupés ne fournissent pas non plus d'indication décisive en raison de leurs durées éphémères et vu également l'éventuel caractère social du dernier emploi, qui a finalement quand même été résilié, quand bien même le salaire qui le rémunérait se situait en dessous des normes applicables à la profession concernée selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Enfin, l'indemnisation en fonction d'une pleine aptitude au placement assumée par l'AC ne permet pas non plus en soi de tirer des conclusions sur la capacité de travail du recourant. L'AC était en effet tenue légalement de prendre provisoirement en charge la perte de gain du recourant, vu que le devoir de prester de l'AI est contesté (art. 70 al. 2 let. b LPGA et art. 15 al. 2 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage [LACI, RS 837) en relation avec l'art. 15 al. 3 de l'ordonnance fédérale du 31 août 1983 sur l'assurance-chômage [OACI, RS 837.02]; ATF 136 V 95 c. 7.1).

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision rendue le 26 juin 2014 par l'intimé, annulée. Le dossier de la cause lui est renvoyé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. En effet, en négligeant d'actualiser et de compléter les informations médicales, l'intimé a violé le principe d'instruction d'office auquel il est tenu (art. 43 al. 1 LPGA). Au vu de la situation, l'intimé devra organiser des investigations médicales globales, sur les plans somatique et psychiatrique, par le biais d'une expertise pluridisciplinaire qui permettra de coordonner l'ensemble des aspects médicaux entrant en considération. Dans le cadre de leur mandat, les experts veilleront à établir clairement les

atteintes à la santé (physiques et psychiques) dont souffre le recourant, en précisant leurs répercussions sur la capacité de travail et de rendement dans une activité lucrative adaptée aux handicaps et, également, leur début et leurs éventuelles fluctuations pour toute la période couverte par la demande de prestations déposée auprès de l'intimé. Pour la fixation de cette dernière, l'Office AI Berne devra examiner plus particulièrement la question du début du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI en fonction des circonstances du cas d'espèce. Ce n'est qu'une fois en possession des données médicales nécessaires et éventuellement d'informations complémentaires d'ordre professionnel ou personnel, le cas échéant après avoir aussi attiré l'attention de l'assuré sur son obligation de diminuer le dommage, que l'Office AI sera à même de se prononcer sur la question de l'invalidité et si nécessaire d'effectuer une comparaison des revenus étayée. Il rendra alors une nouvelle décision. En l'espèce, le renvoi 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. En effet, une instruction au niveau du TA violerait le droit d'être entendu du recourant et le priverait d'une instance de décision (ATF 137 V 210 c. 4.4.1.4); elle aurait pour conséquence en outre de restreindre les investigations à mener à la date de la décision contestée dans la présente procédure.

6.2 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis, vu l'issue de celle-ci, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

6.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision, dans un litige concernant des prestations de l'AI, est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPG (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Bien qu'il obtienne gain de cause dans la présente procédure, il ne se justifie pas d'allouer de dépens ni d'indemnité de partie au recourant, ce dernier n'ayant pas été représenté en justice et les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassant pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPG; ATF 127 V 205 c. 4b).

6.4 Vu l'issue de la procédure, la requête d'assistance judiciaire s'avère sans objet.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
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,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué:
 - à [...].

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).