

200.2016.114.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 21 septembre 2016

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, 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 2 décembre 2015

En fait:

A.

A._____, né en 1981, sans formation professionnelle certifiée, a déposé le 6 novembre 2012 une demande de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI), requérant l'octroi de mesures professionnelles en indiquant être atteint de cyclothymie.

Saisi de la demande, l'Office AI Berne a notamment recueilli des rapports médicaux de la part des médecins ayant traité l'assuré ainsi qu'un rapport de l'institut spécialisé consulté en 2010 et 2011 par l'assuré en vue de son insertion professionnelle. Dans un rapport du 17 mai 2013, une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure de l'AI (SMR) a par ailleurs estimé qu'une atteinte à la santé était établie et préconisé l'examen de mesures professionnelles de réadaptation. Appelée à se prononcer en détail sur le cas de l'assuré, la même spécialiste, après avoir examiné personnellement celui-ci, a confirmé dans un nouveau rapport circonstancié du 7 novembre 2013 la présence d'une atteinte à la santé avec répercussions sur la capacité de travail et recommandé un suivi psychothérapeutique ainsi que des mesures professionnelles. Sur ces entrefaites, l'Office AI Berne a entrepris une mesure d'entraînement au travail auprès d'un centre de réadaptation professionnelle du 17 mars au 15 juin 2014, poursuivie jusqu'au 8 mars 2015 et complétée par des entretiens d'orientation professionnelle. En raison de la situation de santé instable de l'assuré et des nombreuses absences qu'elle engendrait, l'objectif d'employabilité visé par la mesure professionnelle n'a pas été atteint et un terme y a été mis.

B.

Afin de clarifier l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré, l'Office AI Berne a ensuite requis un rapport du 28 mars 2015 de la psychiatre traitant l'assuré, puis chargé un autre spécialiste d'effectuer une expertise médicale psychiatrique. Ce dernier a rendu son rapport en date du 4 juin

2015. Sur cette base, par préorientation du 23 juin 2015 confirmée par décision formelle du 9 septembre 2015, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles, considérant que son état de santé ne permettait pas actuellement d'envisager de telles mesures, et stipulé que son droit à une rente allait être examiné. Par préorientation du 20 octobre 2015, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait nier son droit aux prestations de l'AI, estimant qu'une dépression en rémission, telle que celle qui avait été diagnostiquée, ne représente pas une atteinte à la santé invalidante au sens des dispositions légales. Le 2 décembre 2015, l'Office AI Berne a rendu une décision formelle en tous points identiques à la préorientation du 20 octobre 2015.

C.

Par acte du 15 janvier 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision du 2 décembre 2015. Sous suite des frais et dépens, il a conclu à l'annulation de celle-ci et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour ce qui concerne les frais de justice.

Dans son mémoire de réponse du 17 février 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours.

Le 8 mars 2016, le mandataire du recourant a produit une prise de position confirmant ses conclusions, ainsi que sa note d'honoraires.

Par courrier du 21 mars 2016, l'intimé a renoncé à prendre une nouvelle fois position.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 2 décembre 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant aux prestations de l'AI faute d'une atteinte invalidante à sa santé. Au vu des conclusions du recours, l'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi 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]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, 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 du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). 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 (art. 28 al. 2 LAI).

2.3 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 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, pourrait encore exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.4 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 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 (voir l'art. 16 LPG).

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).

2.5 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA).

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

2.6 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). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.

3.1 Dans la décision contestée du 2 décembre 2015, l'Office AI Berne s'est fondé sur les différents rapports de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR ayant examiné l'assuré, ainsi que sur l'expertise

psychiatrique du 4 juin 2015, considérant que les deux praticiens en question avaient diagnostiqué une dépression actuellement en rémission et qu'une telle affection ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante. Dans son mémoire de réponse du 17 février 2016, l'intimé a par ailleurs notamment ajouté que pour diagnostiquer un trouble dépressif récurrent, ceux-ci se sont basés sur les déclarations subjectives du recourant, dans la mesure où il n'existerait aucun rapport médical attestant des épisodes dépressifs avant 2008, ni confirmant un épisode dépressif moyen ou sévère. L'intimé estime encore que s'il existait une dépression invalidante, un suivi étroit serait indispensable, alors que l'assuré n'a jamais suivi un traitement stationnaire et consulte sa psychiatre traitante uniquement une fois par mois.

3.2 Le recourant, quant à lui, ne remet pas en cause l'expertise psychiatrique ordonnée par l'Office AI Berne, mais fait au contraire grief à ce dernier de s'en être distancié pour évaluer son atteinte à la santé et les conséquences de celle-ci sur sa capacité de travail. Selon lui, en substance, cette expertise a valeur probante et il convient de retenir ses conclusions, dans le sens d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, mais présent depuis 2008, à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis la période de l'adolescence.

4.

En l'occurrence, il y a lieu de déterminer si l'on est en présence d'une atteinte à la santé psychique susceptible de présenter un caractère invalidant au sens du droit de l'AI.

4.1 Dans son rapport du 4 juin 2015 (dossier [dos.] AI 104.1), l'expert psychiatre mandaté par l'intimé a diagnostiqué, en tant qu'atteinte avec influence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (ch. F33.4 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), mais présent depuis 2008. Analysant en détail les tenants et les aboutissants de ces atteintes, il a par ailleurs nié la présence d'une cyclothymie (ch. F34.0 CIM-10) et d'une

dysthymie (ch. F34.1 CIM-10), indiquées dans des rapports du 12 septembre 2008 et du 21 décembre 2012 (dos. AI 15) des psychiatres traitants respectifs de l'époque, ainsi que, après un entretien mené le 3 juin 2015 avec la psychiatre traitante actuelle, d'un trouble affectif bipolaire (ch. F31.9 CIM-10), qui avait été diagnostiqué par cette dernière dans son rapport du 28 mars 2015 (dos. AI 99). Dans son appréciation très détaillée du cas, après avoir relaté les circonstances de l'expertise, les rapports médicaux antérieurs figurant au dossier, l'anamnèse professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique ainsi que les plaintes formulées par l'assuré, l'expert relève que le patient situe le premier épisode de dépression lors de la séparation de ses parents, lorsqu'il était âgé de 11-12 ans, épisode qui aurait duré pendant quelques mois sans prise en charge pédopsychiatrique ni prescription d'un traitement psychopharmacologique. Poursuivant l'exposé des plaintes de son patient, l'expert relate que de nombreux épisodes de dépression se sont manifestés par la suite de manière récurrente, jusqu'à un mois avant l'expertise, leur durée s'étendant entre 1-2 semaines et 6 mois, la symptomatologie rapportée étant une tristesse, une envie de pleurer, un désintérêt, une perte d'énergie, une amotivation, une perte de confiance en soi intense, des reproches à soi-même, des idées de mort, une hypersomnie, une augmentation de l'appétit et du poids corporel, une irritabilité marquée, mais pas de troubles de la concentration ou de la mémoire, ni d'angoisse. Examinant ensuite les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants, l'expert indique qu'il n'y a chez l'assuré pas de réduction de l'énergie avec, à l'observation clinique, absence de diminution de l'élan vital, et que si, à l'analyse du déroulement du quotidien, on constate peu d'activités au jour le jour, cela est en rapport avec la présence d'un sentiment d'ennui et d'un désœuvrement plus qu'avec une réduction de l'énergie d'origine dépressive. Il précise qu'il n'y a pas, en ce moment, de diminution de la confiance en soi, ni de l'aptitude à penser dans le sens de troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, et que le patient avait compris et répondu aux questions sans hésitations ou temps de latence anormalement accru. Il en conclut qu'actuellement, l'assuré est exempt de toute symptomatologie dépressive, et que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, doit être posé. Au surplus, l'expert pose un pronostic

globalement défavorable en raison de la fragilité constitutionnelle psychique du patient, de l'aspect récurrent de la dépression, de l'hérédopathie et de la désinsertion sociale. Quant à la capacité de travail du recourant, au vu de la rémission actuelle, l'expert estime que dans l'immédiat, il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles de réduire l'aptitude au travail en termes de courte échéance, mais que le trouble dépressif récurrent constitue en lui-même une limitation fonctionnelle, les périodes de dépression étant itératives et à l'origine d'une symptomatologie incapacitante; il souligne qu'en d'autres termes, si la capacité de travail actuelle est entière, cela est le cas à très courte échéance et que globalement, l'aptitude au travail de l'assuré doit être qualifiée de nulle, ce qui serait confirmé par le fait que la presque totalité des emplois qu'il a eus ont échoué à cause de rechutes dépressives. L'expert précise encore qu'actuellement, l'état psychique de l'assuré n'est pas stabilisé, la rémission du dernier épisode de dépression ne datant que d'un mois environ, et qu'on ignore si la modification du traitement qui a été entrepris sera à l'origine d'une rémission durable. Concernant la période passée, il observe que l'incapacité de travail doit être datée depuis le moment de l'adolescence et que l'échec de l'intégration dans l'économie primaire depuis cette époque a été le fait des dépressions récurrentes. Enfin, il déclare que des mesures d'ordre professionnel ne devraient pas être entreprises avant un laps de temps de six mois, période permettant de statuer sur ce plan particulier, mais que des mesures occupationnelles quotidiennes devraient par contre être mises en place dans le but de structurer le quotidien de l'assuré et de l'habituer à un rythme de travail.

4.2 Le diagnostic et les constatations de l'expert exposés ci-dessus se voient pour l'essentiel corroborés par les avis médicaux de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR appelée à trois reprises à prendre position sur le cas du recourant.

Dans son premier rapport du 17 mai 2013 (dos. AI 26), elle reprenait certes encore les diagnostics posés par le psychiatre traitant de l'époque, soit une personnalité dépendante à conduites d'échec depuis l'adolescence (ch. F60.7 CIM-10) et une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10), en indiquant néanmoins expressément qu'une atteinte à la santé était établie et que ces

diagnostics avaient des répercussions sur la capacité de travail; elle recommandait l'organisation de mesures de réadaptation professionnelle, dans le sens d'une observation professionnelle et de mesures d'intégration au travail.

Dans son deuxième rapport très circonstancié du 7 novembre 2013 (dos. AI 40), après avoir examiné personnellement l'assuré en date du 7 octobre 2013, la spécialiste du SMR pose le même diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail que l'expert psychiatre mandaté ultérieurement, à savoir un trouble dépressif récurrent (ch. F33 CIM-10), actuellement en rémission, tout en précisant que la survenance d'épisodes graves est établie à l'anamnèse. Dans sa discussion et son appréciation de la situation médicale (p. 9 et 10 du rapport du 7 novembre 2013), elle expose les limitations et les ressources de l'assuré, et recommande un ensemble de mesures consistant dans un suivi thérapeutique et des mesures professionnelles en vue de déterminer les aptitudes et la capacité de rendement de l'assuré sur le long terme.

La troisième prise de position de la spécialiste du SMR est intervenue le 24 février 2015 (dos. AI 88) sur demande du spécialiste en réadaptation chargé du dossier, à la suite des difficultés rencontrées par l'assuré dans la mesure d'entraînement au travail entreprise depuis le 17 mars 2014. Dans sa demande à la spécialiste du SMR, celui-ci précise que l'assuré, au vu des différents rapports du centre de réadaptation mandaté par l'Office AI pour la mesure, n'a atteint qu'un taux de présence de 72% pendant la période d'août 2014 à janvier 2015, ces absences s'étant intensifiées massivement depuis le début 2015 et étant dues à des problèmes psychiques, selon les déclarations de la psychiatre traitante lors d'une discussion en réseau le 23 janvier 2015. Le spécialiste en réadaptation ajoute que l'assuré indique ne pas aller bien en ce moment et être dans une période dépressive, comme dans une bulle et ne parvenant pas à s'extérioriser, et que le responsable de l'institution de réadaptation a fait savoir que les nombreuses absences de l'assuré mettaient la formation prévue dans l'économie libre en question, une formation dans un cadre protégé étant dorénavant préconisée pour autant que la stabilité s'améliore au cours des prochains mois grâce à l'optimisation des médicaments. Au

vu de ces constatations, la spécialiste du SMR a recommandé l'organisation de l'expertise psychiatrique précitée du 4 juin 2015.

4.3 Cela étant, il faut admettre que dans ses grandes lignes, l'expertise psychiatrique du 4 juin 2015 répond aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 2.4 ci-dessus). Elle s'appuie sur le résultat des examens personnels de l'assuré, articulés autour de paramètres précis et préétablis. Cette appréciation se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré par le biais tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés à l'anamnèse et des plaintes subjectives exprimées, et restitue de manière très claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. Les conclusions de l'expert, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En particulier, le diagnostic posé rejoint celui de la spécialiste du SMR ayant suivi le recourant tout au long de la procédure et connaissant parfaitement le dossier, comme ses rapports détaillés le prouvent de manière éloquente; au surplus, il a été posé par l'expert après un entretien avec la psychiatre traitante, et est incontesté entre les parties. En outre, l'expert a expressément relevé les conséquences handicapantes dans l'exercice d'une activité lucrative et d'une mesure de réadaptation professionnelle de l'état de santé psychique du recourant et en a tenu compte dans son évaluation de la capacité de travail, comme les considérations citées plus haut (c. 4.1) et l'anamnèse détaillée (professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique) le démontrent en suffisance. Comme déjà relevé, on soulignera aussi que l'expert a procédé à un examen personnel du recourant et a pris en considération les plaintes subjectives de ce dernier. Au vu de ce qui précède, une valeur probante entière peut dès lors être reconnue à l'expertise psychiatrique du 4 juin 2015 pour ce qui concerne l'atteinte à la santé diagnostiquée et ses conséquences sur la capacité de travail au moment où l'expertise a été réalisée.

4.4 En conséquence, il faut retenir que le recourant est atteint d'un trouble dépressif récurrent, en rémission lorsque l'expertise psychiatrique

précitée a été entreprise. Or, s'il est véritablement durablement en rémission, le trouble en question ne peut représenter une atteinte à la santé présentant un caractère invalidant, ce dernier nécessitant comme condition une influence permanente, ou à tout le moins durable, de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain de la personne assurée (voir ci-dessus c. 2.1), comme le relève à juste titre l'intimé dans la décision contestée.

Au vu du dossier de la cause, on doit cependant reconnaître que des doutes sont permis quant au caractère durable de la rémission du trouble dépressif récurrent diagnostiqué. En l'état, une rémission à long terme ne pouvait en tous les cas pas être retenue selon un degré de vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.6) à la date de la décision contestée. En effet, les documents figurant au dossier, en particulier l'expertise psychiatrique du 4 juin 2015 et les rapports de la spécialiste du SMR ayant suivi le recourant, mais aussi les nombreux rapports de l'institution de réadaptation au sein de laquelle le recourant effectuait une mesure d'entraînement au travail du 17 mars 2014 au 8 mars 2015, démontrent à suffisance que la récurrence des épisodes dépressifs du recourant n'est pas véritablement prévisible, et que ces épisodes vont jusqu'à empêcher le recourant de prévenir par téléphone de ses absences et sont susceptibles de durer pendant un laps de temps relativement long; ils ne peuvent donc être qualifiés généralement de légers. Le résumé des rapports de l'institution de réadaptation figurant dans le "protocole" du cas au 17 février 2016, produit par l'intimé en annexe à son mémoire de réponse du même jour, est éloquent sur ce point: alors que dans un bilan intermédiaire du 3 juin 2014, il était mentionné que l'assuré avait montré une régularité dans la présence et une ponctualité tout au long de la mesure, on indique le 26 août 2014 qu'il a été absent pendant 7 jours pour cause de troubles du sommeil. Le 9 décembre 2014, il est relevé que les absences de l'assuré avaient augmenté depuis le mois de septembre, et dans un bilan du 17 février 2015, on constate qu'il n'a atteint qu'un taux de présence de 72% pendant la période d'août 2014 à janvier 2015, ces absences s'étant intensifiées massivement depuis le début de l'année 2015, l'assuré n'ayant travaillé que 4 jours au mois de janvier et 2 jours au mois de février, en raison de problèmes psychiques attestés par la psychiatre traitante. En fin

de compte, ces nombreuses absences ont amené le spécialiste en réadaptation de l'Office AI Berne en charge du dossier à mettre un terme à la mesure professionnelle en mars 2015 et à rendre la décision du 9 septembre 2015 niant le droit du recourant à d'autres mesures professionnelles en considérant que l'état de santé de l'intéressé ne permettait pas actuellement d'envisager de telles mesures (dos. AI 95/3 et 109).

4.5 Au vu de ce qui précède, l'intimé ayant lui-même stipulé dans sa décision du 9 septembre 2015 que l'état de santé du recourant l'empêchait même de suivre des mesures de réadaptation professionnelle, on peine à comprendre comment, dans la décision contestée rendue trois mois plus tard, le 2 décembre 2015, il conclut à l'absence d'atteinte à la santé invalidante. L'ensemble des éléments médicaux et professionnels précités ne permet nullement de conclure à une atteinte psychique non invalidante en tant que telle, comme le seraient un épisode dépressif (ch. F32 CIM-10) passager ou isolé, ou encore une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10; voir sur ce point notamment TF 9C_146/2015 c. 3.2 et SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2). Bien plus, il appert que l'on est ici en présence d'une maladie dépressive qui se manifeste depuis des années par des épisodes dépressifs d'une gravité et d'une durée non négligeables. En ce sens, le diagnostic psychiatrique retenu de trouble dépressif récurrent implique chez l'assuré une atteinte importante à l'intégrité psychique non seulement en raison de la gravité et de l'acuité de l'atteinte, mais également du fait de la fréquence de ses récurrences, laquelle constitue aussi un critère déterminant s'agissant des dépressions persistantes. A n'en pas douter, selon la gravité et la durée des épisodes dépressifs qu'elle implique, une telle atteinte est susceptible d'entraver durablement l'assuré dans sa capacité de travail et de gain sur un marché du travail équilibré et, partant, de s'avérer invalidante (voir ci-dessus c. 2.1). Certes, la notion du marché du travail équilibré, au sens de l'art. 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'AI. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. Elle inclut aussi les emplois dits de niche, c'est-à-dire

les places de travail dans lesquelles les personnes handicapées peuvent compter sur une attitude bienveillante de l'employeur (TF 9C_910/2011 du 30 mars 2012 c. 3.1, 9C_95/2007 du 29 août 2007 c. 4.3 et les références citées). On ne peut toutefois plus parler d'une possibilité de travail et de gain si l'activité exigible n'est plus possible que dans une mesure tellement réduite qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché du travail équilibré, ou qu'elle implique une bienveillance qui s'avère irréaliste de la part d'un employeur moyen, de telle sorte que l'éventualité de trouver un emploi correspondant est pratiquement exclue d'emblée (TF 9C_910/2011 précité c. 3.2 et référence). Or en l'occurrence, comme déjà relevé, l'intimé lui-même, dans sa décision de refus de mesures professionnelles de réadaptation du 9 septembre 2015, a reconnu que l'état de santé du recourant ne lui permettait même pas, en l'état, d'envisager de telles mesures. En outre, au vu du déroulement de la mesure d'entraînement au travail dont a bénéficié le recourant du 17 mars 2014 au 8 mars 2015, force est de reconnaître qu'il s'avère douteux que ce dernier soit en mesure d'assumer actuellement un emploi, même de niche, au sein d'un marché du travail équilibré.

4.6 Il découle de ce qui précède que c'est à tort que l'Office AI Berne a nié, en l'état, l'existence chez le recourant d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'art. 8 LPGA. Compte tenu de la durée dans laquelle il s'inscrit, le trouble dépressif récurrent diagnostiqué chez l'assuré est indéniablement à même de présenter un caractère invalidant. Néanmoins, il faut aussi souligner que dans son rapport du 4 juin 2015, étant donné que la rémission du dernier épisode de dépression du recourant ne datait que d'un mois environ, l'expert psychiatre a déclaré ignorer si la modification du traitement qui a été entreprise sera à l'origine d'une rémission durable; il a estimé que de ce fait, des mesures d'ordre professionnel ne devraient pas être entreprises avant un laps de temps de six mois, période permettant de statuer sur ce plan particulier. Par ailleurs, il faut encore reconnaître que pour ce qui est des antécédents et de l'anamnèse de l'assuré, l'expert psychiatre se fonde en bonne partie sur les dires du recourant lui-même.

Il s'ensuit qu'en l'état du dossier, il n'est pas possible de déterminer de manière fiable, selon un degré de vraisemblance prépondérante, si l'atteinte à la santé diagnostiquée chez le recourant causait, au moment où la décision contestée a été rendue, une diminution de sa capacité de travail et de gain pour une longue durée, voire de manière permanente, au sens de l'art. 8 LPGA, et si, le cas échéant, une telle diminution de la capacité de de travail et de gain était susceptible d'être améliorée par des mesures professionnelles de réadaptation qui s'avèreraient exigibles de sa part à moyen et long terme.

4.7 La décision contestée doit dès lors être annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire sur ces points. Pour ce faire, il lui est loisible de poser des questions complémentaires à l'expert psychiatre quant à l'intensité et à la durée des épisodes dépressifs survenus, s'inscrivant dans le cadre du trouble dépressif récurrent, ainsi qu'à l'incapacité de travail qui en est résulté par le passé et qui en résulte actuellement. L'expert posera aussi un pronostic pour l'avenir, tant pour des mesures professionnelles de réadaptation et leur exigibilité que pour l'exercice d'une activité lucrative à (plus) long terme.

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 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 subsidiaires. 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, d'annuler la décision contestée du 2 décembre 2015 et de renvoyer le dossier de la cause à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire au sens des considérants, puis rende une nouvelle décision.

5.2 Les frais de la présente procédure de recours, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de la procédure, perd dès lors son objet et est rayée du rôle du Tribunal.

5.3 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 LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Le recourant étant représenté en procédure par un mandataire professionnel, il a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires produite le 8 mars 2016, 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, publiée sur le site internet www.justice.be.ch/ta -> Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 880.85 (honoraires de Fr. 780.-, débours de Fr. 35.60 et TVA de Fr. 65.25), qui sont mis à la charge de l'intimé.

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. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 880.85 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La demande d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, devenue sans objet, est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du 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).