

200.2016.279.AI

BOA/BEJ

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

**Jugement du 7 mars 2017**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière



**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 3 février 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1971, divorcé depuis 2003, est arrivé en Suisse en 1995. Sans formation certifiée, il a travaillé plusieurs années (de 1995 jusqu'en 2003) comme danseur de cabaret. L'assuré a participé à des programmes d'emploi qualifiant dans l'hôtellerie et la production industrielle en 2003 et 2007. En 2010 et 2011, il a exercé une activité indépendante de masseur.

Indiquant souffrir de dépression depuis 2012 en raison de sa transsexualité, l'assuré a sollicité, en novembre 2014, des prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI).

**B.**

Saisi de cette demande, l'Office AI a recueilli à plusieurs reprises des renseignements médicaux auprès du psychiatre traitant de l'assuré et d'une spécialiste en psychiatrie du service médical régional des Office AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), un ultime avis médical ayant été rédigé par cette dernière le 4 novembre 2015.

Par préavis du 4 décembre 2015 intitulé "Keine Kostengutsprache für Leistungen der IV", l'Office AI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser toutes prestations AI à défaut de l'existence d'une pathologie invalidante. En dépit des objections formulées contre ce préavis, par l'assuré, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 3 février 2016.

**C.**

Par acte daté du 4 mars (complété le 5 avril 2016), l'assuré, dorénavant représenté en justice, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a requis l'assistance judiciaire totale et conclu,

sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI le 3 février 2016 et à l'octroi de prestations de l'AI, subsidiairement au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 3 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. La mandataire du recourant a envoyé sa note d'honoraires le 13 mai 2016.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision du 3 février 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à toute prestation de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi de prestations de l'AI, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par le recourant, le fait que l'intimé n'a pas apprécié à sa juste valeur la pathologie psychique (invalidante) qui l'affecte et qui influence sa capacité de travail.

**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 une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2010 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**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).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 141 V 281 c. 3.7.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 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).

**2.3** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux

habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

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).

Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle. On déduit toutefois du principe de proportionnalité qu'il doit exister un rapport raisonnable entre l'utilité prévisible d'une mesure de réadaptation et ses coûts. Une faible atteinte à la santé peut déjà suffire à fonder un droit à la mesure lorsque celle-ci n'est pas particulièrement onéreuse (ATF 122 V 377 c. 2b/cc, 116 V 80 c. 6a, 115 V 191 c. 4e/cc). Une limitation du montant de la mesure n'intervient, faute de prescription expresse contraire, que si une disproportion évidente apparaît entre la mesure et le succès attendu de la réadaptation, de telle sorte que la prise en charge de la mesure ne se justifie pas (ATF 115 V 191 c. 4e/cc).

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

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

### **3.**

**3.1** Dans sa décision du 3 février 2016, l'intimé a considéré qu'à défaut d'atteinte invalidante à la santé chez l'assuré, ce dernier n'avait pas droit à des prestations de l'AI (en particulier pas celui de bénéficiaire de mesures professionnelles). Pour arriver à cette conclusion, l'Office AI a estimé que l'épisode dépressif léger à moyen qui affecte le recourant n'a pas le caractère d'une maladie psychique autonome, mais qu'il est bien plutôt surmontable et susceptible d'être soigné, car il est intervenu en réaction à des facteurs psychosociaux, à savoir l'échec des recherches d'emploi inhérent au transsexualisme qui ne représente pas une atteinte à la santé au sens de la législation sur l'AI. Dans sa réponse au recours, l'intimé a précisé que le transsexualisme peut certes être à l'origine de comorbidités psychiques, mais qu'en l'espèce, l'épisode dépressif d'une gravité légère au moment de l'expertise, influencé par des facteurs psychosociaux, n'est pas apte à restreindre la capacité de travail selon la jurisprudence.

**3.2** Le recourant, quant à lui, conclut à l'octroi de prestations AI. Se fondant sur les avis médicaux des médecins traitants et du SMR versés au dossier, il relève que ce n'est pas la transsexualité en tant que telle qui est invalidante, mais bien l'exclusion qu'elle induit et qui influence/aggrave durablement ses troubles psychiques (bipolarité et dépression) de nature dépressive, dès lors invalidants. Il invoque la capacité de travail admise uniquement partiellement et en vue de mesures de réadaptation préconisées par les médecins consultés (selon lui, de façon concordante), et requiert, sur cette base, la mise sur pied, par l'intimé, de mesures professionnelles, pour soutenir sa motivation à progressivement reprendre pied sur le marché du travail.

#### **4.**

En l'espèce, le dossier permet de constater les évaluations médicales suivantes:

**4.1** Dans son avis médical du 18 novembre 2014, le psychiatre qui suit l'assuré depuis octobre 2014 (par le passé [dès 2010], l'assuré a été suivi par un autre médecin psychiatre dont les rapports médicaux ne figurent pas au dossier AI) a retenu les diagnostics de transsexualisme (F64.0 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et suspecté celui de trouble affectif bipolaire épisode actuel de dépression moyenne (F31.3). Il a mentionné aussi l'existence de difficultés liées à l'emploi (Z56.6). Ce praticien a évalué la capacité de travail de l'assuré à hauteur de 50% pour les prochains six-douze mois, précisant que ce pensum pourrait être atteint moyennant le soutien de l'AI.

**4.2** Dans sa prise de position du 24 février 2015, la psychiatre du SMR a considéré que c'est en raison d'une pathologie dépressive (exclusivement) que la capacité de travail de l'assuré était altérée. Tout en mentionnant que la transsexualité n'était pas une maladie en soi, cette spécialiste a estimé toutefois que les expériences vécues dans ce contexte et celui de la prostitution, en raison de leur caractère traumatisant, pouvaient ralentir un processus de traitement/guérison. Dans ces

conditions, l'estimation de la capacité de travail (par son confrère, cf. c. 4.1) à hauteur de 50% lui semble cohérente. Cette spécialiste a préconisé une réévaluation de la capacité de travail du recourant dans un délai de six mois.

**4.3** Le psychiatre traitant a réitéré, le 13 août 2015, les diagnostics précédemment retenus (cf. c. 4.1) et décrit dans les mêmes termes l'appréciation objective qu'il (a) fait(e) de la situation médicale. Il a également confirmé que l'assuré pouvait travailler à 50%, préconisant (toujours) le soutien de l'AI pour réintégrer le marché du travail.

**4.4** Le rapport médical du 4 novembre 2015 de la psychiatre du SMR rédigé à la suite de l'examen clinique du 21 octobre 2015 a mis en évidence un transsexualisme (F64.0) et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, actuellement en rémission partielle (F32.2), ces pathologies étant considérées par la spécialiste du SMR comme ayant des répercussions sur la capacité de travail (le transsexualisme, classé dans les troubles de la personnalité, de façon seulement indirecte). La psychiatre relève le risque de rechute dépressive et insiste sur le fait que l'assuré nécessite un soutien pour la réintégration professionnelle. Quant au profil d'exigibilité retenu, elle considère que toute mesure professionnelle adaptée (à savoir aménageant un environnement adéquat pour le recourant, où ce dernier ne se sentirait pas exclu) est exigible à hauteur de 50% dans un premier temps, ce pensum pouvant être augmenté par la suite, en raison d'un pronostic, à ses yeux, favorable. En effet, constatant que l'assuré a, en dépit de circonstances de vie parfois très défavorables, toujours pu garder son autonomie et utiliser ses capacités cognitives et intellectuelles (notamment grâce à ses connaissances linguistiques), la psychiatre considère qu'il dispose dès lors de ressources, d'autant plus qu'elle note une motivation indéniable à travailler chez l'assuré.

**4.5** Dans une note au dossier datée du 10 décembre 2015, la psychiatre du SMR a réitéré l'importance à ses yeux, en raison de sa vulnérabilité, de réinsérer progressivement l'assuré dans le monde du travail afin que ce dernier développe une capacité à travailler à même de perdurer dans le temps. A défaut d'une telle réintégration, il y a à craindre, selon cette spécialiste, que l'état de santé du recourant se péjore



durablement, que ce dernier sombre (à nouveau) dans une sévère dépression et qu'au terme de ce processus, il ne faille constater une altération durable de ses performances. Sur la base de ce constat, la psychiatre du SMR a donc réitéré la nécessité à ses yeux d'obtenir le soutien de l'AI par l'organisation de mesures de réinsertion préparant l'assuré à une réadaptation professionnelle.

**4.6** Dans son ultime avis médical, daté du 21 décembre 2015, le psychiatre traitant du recourant, tout en confirmant les diagnostics précédemment retenus, a abondé dans le sens des conclusions de la psychiatre du SMR (cf. c. 4.5). Il a réitéré, selon lui, la nécessité, pour l'AI, de soutenir le recourant dans sa réintégration du marché du travail. Il a encore précisé que l'ancienne activité de l'assuré (danseur de cabaret), au vu de son âge (il a atteint la quarantaine), n'était (pratiquement) plus exigible et que, quand bien même elle le serait, la pratique d'une telle activité ne ferait qu'alimenter et exacerber la symptomatique dépressive. D'un point de vue médical, il a évalué la capacité de travail de l'assuré, pour l'avenir, à hauteur de 50%, en préconisant tout d'abord une réintégration progressive du marché du travail (moyennant un pensum de 20 à 30% dans un premier temps).

## **5.**

**5.1** Les rapports du SMR (art. 49 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils 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 (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; 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). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (cf. c. 5.3 ci-après; TF 8C\_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C\_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

**5.2** Il convient de relever, tout d'abord, sur le plan formel, que le rapport du SMR du 4 novembre 2015 est complet, convaincant et satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. c. 2.4). Il fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant (ou non) des atteintes à la santé du recourant. De plus, la médecin du SMR a rédigé ses conclusions sur la base d'un examen personnel de 90 minutes de l'assuré. Son analyse comporte une anamnèse sur les plans personnel, social et professionnel. Les avis médicaux antérieurs du psychiatre traitant de l'assuré ont été énumérés et pris en considération, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de cette spécialiste sont motivées. Quant à ses qualifications médicales, dès lors que sa spécialisation relève de la psychiatrie et que les pathologies (potentiellement) invalidantes relèvent de cette branche de la médecine, elles sont également avérées.

**5.3** Sous l'angle matériel et dans le contexte de troubles de la personnalité et du comportement, la spécialiste du SMR a retenu (à l'instar du psychiatre traitant), le diagnostic de transsexualisme (F64.0), dont elle considère qu'en lui-même, il ne justifie aucune incapacité de travail, mais que des comorbidités psychiatriques en découlent de par les difficultés interactionnelles rencontrées (rejet, violence). Pour arrêter cette pathologie, la spécialiste du SMR s'est fondée sur l'argumentation médicale figurant sous F64.0 CIM et a considéré que les critères étaient, de toute évidence, remplis. Selon elle, il est en effet avéré que le recourant éprouve un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé et que cette envie d'exister comme telle est mêlée, chez l'assuré, à un sentiment de culpabilité par rapport à son sexe anatomique. La spécialiste du SMR a encore précisé que si l'assuré recourait certes à des traitements hormonaux, il n'éprouvait toutefois pas le désir de subir une intervention chirurgicale afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré. Dans l'examen de l'éventuelle existence d'un trouble de l'humeur, le TA relève que la psychiatre du SMR n'a négligé aucune piste. Ainsi, après avoir écarté la présence d'un trouble affectif bipolaire (F31.3) comme l'avait (uniquement) suspecté le psychiatre traitant (notamment dossier [dos.] AI 11/2, 22/1, 33/3), des symptômes d'hypomanie ou de manie n'étant pas perceptibles, la spécialiste du SMR a démontré avec pertinence en quoi les critères caractérisant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques étaient (F32.2), en 2010 (soit à l'émergence de cette pathologie chez l'assuré) remplis, relevant que le recourant vivait alors notamment dans un retrait social marqué, souffrait d'une perte d'intérêt, était empreint d'un profond désespoir et d'un sentiment de culpabilité, ou subissait encore une perte de l'estime de lui-même (ces éléments étant également relevés par le psychiatre traitant du recourant). Au vu des déclarations de l'assuré, la médecin du SMR a ensuite logiquement déduit que les symptômes précédemment décrits n'étaient, au moment de la décision querellée, plus que faiblement marqués (*nur noch leicht ausgeprägt*), raison pour laquelle elle a, à juste titre, conclu que l'épisode dépressif sévère était en rémission. S'il est vrai toutefois que la psychiatre du SMR n'a pas expressément utilisé le qualificatif de *récurrent* pour décrire le trouble dépressif dont souffre le recourant, la description médicale qu'elle en a donnée, à savoir qu'il existe chez l'assuré

une indéniable fragilité psychique en présence d'un état dépressif latent et omniprésent, prêt à resurgir, et induit par les effets d'une transsexualité avérée (cf. ci-après: c. 5.4), permettrait toutefois d'abonder dans cette direction. En tout état de cause, l'existence ou non de ce qualificatif (influençant la gravité et la fréquence de l'épisode dépressif dont est atteint l'assuré) peut rester ouverte compte tenu de ce qui suit.

**5.4** Au vu du constat de ces deux pathologies, il convient de se pencher sur leurs effets (éventuels) sur la capacité de travail.

**5.4.1** Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. En présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique (ATF 127 V 294 c. 5.4; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2).

**5.4.2** En l'espèce, les parties s'accordent sur le fait que le transsexualisme, en tant que tel, n'est pas invalidant. Quant au trouble psychique du recourant, l'intimé s'est distancié de l'avis de son SMR (qui le met en relation avec le transsexualisme) et a considéré qu'il n'était pas invalidant, dès lors qu'il était influencé de manière prépondérante par des facteurs psychosociaux et socioculturels défavorables qui, par définition, peuvent être amenés à s'estomper ou disparaître.

Dans son analyse de la situation, la spécialiste du SMR a expliqué de manière convaincante comment les pathologies dont souffre l'assuré étaient étroitement liées. Elle a ainsi démontré que le transsexualisme a eu de tels effets dans la vie de l'assuré qu'il en a fini par générer (presque inévitablement) une comorbidité psychiatrique autonome (épisode dépressif de gravité sévère) et qui altère (durablement) la capacité de

travail de l'assuré. En effet, en raison de son transsexualisme, il est admis, au vu des pièces versées au dossier, que le recourant a subi tout d'abord des actes répétés de violences, dans son pays d'origine, dès l'adolescence et jusqu'en 1995 (où ils ont connu leur apogée lors de son incarcération [en raison de son trouble d'identité sexuelle]), pour se perpétrer (certes moins violemment) à nouveau également, dès son arrivée en Suisse. Par la suite, il a aussi, pour subvenir à ses besoins, basculé dans la prostitution, sans parler des difficultés qu'il a rencontrées en tant que transsexuel à trouver un emploi [en raison d'un sentiment de singularité que peut provoquer *prima facie* un assuré transsexuel]. Tous ces éléments ont favorisé l'émergence d'un épisode dépressif de gravité sévère sans symptôme psychotique en 2010 (cf. c. 5.3). Même si ce trouble était, au moment déterminant de la décision (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1), en rémission, il n'en demeure pas moins que le transsexualisme, avéré et durable chez l'assuré (dont les effets ont été décrits ci-avant) est inhérent à la personne même de l'assuré. Il est l'expression de la manière caractéristique de vivre d'un individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et autrui. Il est donc amené à persister et ses effets indirects, alimentant et exacerbant une fragilité psychique exacerbée jusqu'à l'émergence d'un trouble dépressif, aussi. Dans ces conditions, le TA considère que les explications médicales probantes qu'en a données la psychiatre du SMR sont suffisamment étayées pour en déduire qu'il y a bien une atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Par conséquent, c'est à tort que l'intimé retient que la fragilité psychique du recourant trouve son origine dans un contexte psychosocial difficile (comme un chômage de longue durée mentionné par l'Office AI dans son mémoire de réponse du 3 mai 2016). En effet, la pathologie psychique de l'assuré ne consiste pas uniquement en une affection temporaire qui trouverait son fondement et son explication dans un contexte socioculturel ou psychosocial défavorable et qui (miraculeusement) serait amenée à disparaître si ces facteurs extérieurs négatifs (tels qu'une absence du marché du travail ou des soucis financiers) s'effaçaient eux-mêmes. Dans la mesure où le transsexualisme entretient une maladie psychique devenue autonome (trouble dépressif récurrent actuellement en rémission) et en aggrave ses conséquences, il influence donc une invalidité potentielle chez l'assuré. Dans ces conditions,

l'intimé se méprend lorsqu'il nie la présence d'une quelconque pathologie invalidante chez le recourant.

**5.5** Dès lors qu'il existe une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI, c'est à tort que l'intimé a refusé à l'assuré toute prestation de l'AI (*Keine Kostengutsprache für Leistungen der IV*), sans même examiner si les conditions pour la mise sur pied de mesures de réadaptation (ou d'autres prestations) étaient remplies. L'omission de l'intimé est d'autant plus avérée que, tant l'assuré, le SMR ou encore le psychiatre traitant ont insisté sur la nécessité pour l'AI de soutenir l'assuré dans sa réintégration du marché du travail, en présence d'un assuré dont ils émettent un pronostic favorable si l'on tient compte des particularités liées à son profil d'exigibilité (très bien explicité par le SMR), qui est disposé à réintégrer le marché du travail (il est décrit comme étant motivé, apparemment pas sous l'influence de substances proscrites [dos. AI 26/5 et 7], faisant preuve d'une bonne compliance médicamenteuse et de sérieux dans son suivi psychiatrique [dos. AI. 33/7]), éléments auxquels s'ajoute encore la menace (attestée par les médecins consultés) de la résurgence de l'épisode dépressif, mais sous une forme plus incisive cette fois-ci, avec des conséquences (vraisemblablement) irrémédiables sur la capacité de travail du recourant. Sans préjuger de la nature des mesures que l'Office AI jugera adéquates, le TA relève qu'en vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, en l'occurrence, et contrairement à l'avis que l'intimé émet dans sa réponse au recours, le seul fait d'être menacé d'invalidité légitime un droit à l'obtention de telles mesures pour autant que celles-ci remplissent les conditions prescrites par les let. a et b de cette disposition.

## **6.**

**6.1** Au vu des considérations qui précèdent, le recours est admis et la décision de refus de prestations AI de l'intimé datée du 3 février 2016 est annulée. Il appartiendra à l'Office AI d'envisager des mesures de réadaptation, sur la base desquelles, la capacité de travail de l'assuré sera évaluée et, cas échéant, une nouvelle décision en matière de rente sera rendue.

**6.2** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**6.3** Le recourant obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représenté par une avocate, il a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 13 mai 2016, qui ne prête pas à discussion, 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, circulaire accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"), sont fixés à un montant de Fr. 1'174.30 (honoraires: Fr. 1'040.-; débours: Fr. 47.30; TVA: Fr. 87.-).

**6.4** La requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un avocat d'office devient dès lors sans objet et doit être rayée du rôle du TA.

**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 versera au recourant la somme de Fr. 1'174.30 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

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).