

200.2016.414.AI

BEP/BEJ

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

Jugement du 21 août 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
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 23 mars 2016



En fait:

A.

A. _____, né en 1965, réside en Suisse en permanence depuis 2002 et a occupé de nombreux emplois manuels, entrecoupés de périodes de chômage. Le 17 décembre 2008, le dernier emploi temporaire de l'intéressé a pris fin; il n'a plus exercé d'activité lucrative sur le marché libre de l'emploi depuis lors. Le 17 août 2009, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant être atteint de dépression, d'angoisses, de stress et de difficultés à dormir, et requérant une rééducation dans la même profession ou un reclassement dans une nouvelle profession. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, recueillant le dossier médical de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie du dernier employeur de l'assuré, des rapports médicaux auprès des médecins ayant traité l'intéressé et des informations d'ordre professionnel. Un stage d'entraînement progressif au travail a été organisé du 6 septembre au 12 décembre 2010 par l'Office AI Berne auprès d'une institution spécialisée, en tant que mesure professionnelle de réadaptation. Après un résultat mitigé, la mesure a été poursuivie du 14 février au 8 mai 2011 dans l'institution en question, puis en entreprise du 9 mai au 31 juillet 2011. Dès le 6 juillet 2011, l'assuré a néanmoins été en incapacité de travail totale en raison de douleurs cervicales et lombaires, ainsi que de problèmes psychiques.

B.

Après avoir requis divers avis médicaux ainsi qu'une prise de position du 15 mai 2012 d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a, par décision du 12 juin 2013, mis fin aux mesures d'aide au placement et indiqué qu'il allait procéder à l'examen du droit à la rente. Dans ce contexte, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire de l'époque, a produit deux rapports d'expertises privées, l'un rhumatologique, remis le

11 novembre 2013 par le chef de clinique du Département de l'appareil locomoteur d'un centre hospitalier universitaire, et l'autre psychiatrique, rédigé le 14 avril 2014 par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur recommandation de son SMR du 30 juillet 2014, l'Office AI Berne a pour sa part désigné deux spécialistes d'un centre d'expertises médicales (Centre C._____; Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Dr E._____, spécialiste en rhumatologie) en vue d'établir une expertise bidisciplinaire, dont les résultats ont été consignés dans un rapport daté du 3 mars 2015. Sur cette base, l'Office AI Berne a informé l'assuré dans une préorientation du 7 mai 2015 qu'il entendait nier son droit aux prestations de l'AI, considérant que les diagnostics somatiques et psychiques constatés n'avaient pas d'influence permanente sur la capacité de travail et de gain et ne représentaient dès lors pas des atteintes à la santé à caractère invalidant. Nonobstant les objections formulées le 8 juin, le 8 juillet et le 27 novembre 2015 par la mandataire de l'assuré, accompagnées d'une prise de position du 23 novembre 2015 du spécialiste en psychiatrie ayant réalisé l'expertise privée du 14 avril 2014, l'Office AI Berne, après avoir encore obtenu le 11 novembre 2015 des précisions du centre d'expertises médicales auteur du rapport du 3 mars 2015, a rendu le 23 mars 2016 une décision formelle en tous points semblable à la préorientation du 7 mai 2015.

C.

Par acte du 26 avril 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée du 23 mars 2016. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation et, principalement, à l'octroi des prestations de l'AI correspondant à la diminution de sa capacité de travail, ainsi que, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 13 juillet 2016, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours, produisant une nouvelle prise de position du 28 juin 2016 du centre d'expertises médicales auteur du rapport du 3 mars 2015.

Par réplique du 29 juillet 2016 et duplique du 17 août 2016, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

Le 8 septembre 2016, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 23 mars 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant aux prestations de l'AI. Au vu des conclusions et des motifs du recours, l'objet du litige porte sur l'octroi au recourant de prestations correspondant à la diminution de sa capacité de travail ou sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée la valeur probante de l'expertise sur laquelle s'est fondé l'intimé, eu égard à la langue des experts et aux contradictions prétendues de l'expertise avec les autres avis médicaux au dossier.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, 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 LPJA; 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 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n ° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, pourrait encore exercer une activité sur le marché du travail qui lui est offert 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). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit pas pour admettre que cette dernière a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, au vu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Ainsi, il convient de procéder à un examen de l'exigibilité en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 142 V 106 c. 4.4).

Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 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).

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 LPGA).

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 LPGA).

Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2).

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 preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). 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).

Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.1). Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

Une expertise privée versée au dossier est une expertise qui, soit a été réalisée par une partie au procès (par ex. expertise de la division accidents de la Suva dans l'un de ses propres cas litigieux), soit a été confiée par une partie à un expert de son choix (ATF 115 V 62). La valeur probante d'une telle expertise n'est pas déjà douteuse du simple fait qu'elle est produite en procédure par l'une des parties au litige (ATF 125 V 351 c. 3b/dd, 122 V 157 c. 1c; RAMA 1993 p. 96 c. 5a; RCC 1986 p. 200 c. 2a). Une expertise privée d'une partie ne revêt néanmoins pas la même valeur qu'une expertise recueillie par un juge ou par un assureur social,

conformément aux règles de procédure applicables. Elle oblige toutefois le tribunal à examiner, conformément aux règles établies par la jurisprudence en matière d'appréciation des preuves si, sur des questions juridiquement pertinentes, l'expertise privée est de nature à remettre en question l'appréciation et les conclusions de l'expert mandaté formellement par le juge ou par l'assureur social, au point qu'il s'impose de se distancier de celles-ci (ATF 125 V 351 c. 3c; SVR 2013 IV n° 40 c. 2). Cette obligation d'examen incombe également au juge lorsqu'une expertise privée contient des objections à l'encontre d'une expertise mandatée par l'Office AI au cours de la procédure d'instruction, en particulier à l'encontre d'une expertise confiée à un centre d'observation spécialisé indépendant (VSI 2001 p. 106 c. 3c).

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 23 mars 2016, l'Office AI Berne a rejeté la demande de rente du recourant en considérant en substance, sur la base de l'expertise bidisciplinaire entreprise, que les diagnostics posés n'avaient pas valeur d'atteinte à la santé au sens de l'AI, car les quelques incapacités de travail qu'ils ont entraînées étaient de courte durée et n'avaient pas d'influence permanente sur la capacité de travail et de gain.

S'agissant du complément apporté le 8 juillet 2015 aux objections à la préorientation du 7 mai 2015, l'intimé a rappelé la jurisprudence selon laquelle c'est à l'expert de décider si les services d'un traducteur sont nécessaires et s'est référé à des précisions du 11 novembre 2015 qu'il avait requises de l'expert psychiatre mandaté par ses soins.

3.2 Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise sur laquelle s'est fondé l'intimé. Se référant à une prise de position du 23 novembre 2015 du psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014, il fait valoir les difficultés de communication avec l'expert psychiatre mandaté par l'intimé, dues au fait que celui-ci était de langue allemande. Selon lui, des divergences assez importantes d'avec d'autres éléments ressortant du dossier apparaissent dans l'expertise, en particulier avec l'anamnèse de l'expertise privée du 14 avril 2014. Le recourant critique également le fait que les experts n'aient pas pris contact avec ses médecins traitants. Par ailleurs, il souligne le désaccord entre les experts et le psychiatre auteur de l'expertise privée concernant ses facultés à nouer des relations avec l'extérieur, invoquant qu'il s'agit là d'une question essentielle de son dysfonctionnement et de son trouble paranoïde. Il allègue que les experts semblent avoir considéré chaque affection pour elle-même, sans prendre en considération son état de santé global et sans égard au fait que les différentes pathologies s'ajoutaient les unes aux autres, ni avoir exploré la question de savoir si les troubles somatiques douloureux avaient modifié sa personnalité. Enfin, il s'offusque du fait que l'Office AI Berne parvienne à la conclusion qu'il n'avait droit à aucune prestation de l'AI, alors même que sa situation n'avait connu aucun bénéfice thérapeutique depuis de nombreuses années.

4.

Pour ce qui concerne le grief du recourant quant à la langue des experts mandatés par l'intimé, d'un point de vue formel, on relèvera ce qui suit.

4.1 En l'espèce, au vu du dossier, on constate qu'à la réception de la communication de l'Office AI Berne du 1^{er} août 2014, l'avocate mandatée à cette époque par le recourant s'était opposée le 15 août 2014 à l'attribution

du mandat d'expertise à des experts de langue allemande (dossier [dos.] AI 97 et 98). Elle n'a toutefois plus contesté la décision incidente rendue le 20 août 2014 par l'intimé, par laquelle ce dernier a maintenu le mandat d'expertise initialement prévu et précisé qu'un interprète serait organisé sur place par les experts. Par la suite, sur demande de l'intimé, les deux experts ont expressément confirmé en date du 19 novembre 2015 qu'ils étaient de langue maternelle allemande mais qu'ils avaient communiqué avec l'assuré en français, précisant que l'expert psychiatre avait de très bonnes connaissances de la langue française et que c'était pourquoi il n'avait pas jugé nécessaire d'organiser un interprète pour la traduction (dos. AI 121). Dans une prise de position adressée le 23 novembre 2015 à l'avocate du recourant (dos. AI 128/108), le psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014, se basant sur les dires du recourant, est néanmoins d'avis que des problèmes de compréhension se sont produits entre le recourant et l'expert psychiatre. Il indique que l'assuré lui a affirmé que l'entretien avec l'expert avait débuté en allemand, mais comme lui-même ne comprenait pas et ne pouvait pas s'exprimer correctement dans cette langue, le reste de la consultation s'était déroulé en français. Dans une nouvelle prise de position des experts du 28 juin 2016, produite par l'intimé en annexe à son mémoire de réponse du 13 juillet 2016, l'expert psychiatre précise toutefois que l'assuré avait eu la possibilité de faire appel à un interprète dans sa langue maternelle, le portugais, mais qu'il avait refusé et désiré mener l'entretien d'expertise tout d'abord en allemand, puis le poursuivre en français. L'expert souligne encore que sont aussi principalement déterminantes pour le résultat d'une expertise les pièces figurant au dossier médical et les faits qui y sont relatés, pas seulement les ressentis et les indications subjectives du patient lors de l'entretien d'expertise.

4.2 Outre le fait que le français n'est pas (non plus) la langue maternelle du recourant, il ressort du dossier que celui-ci dispose de notions d'allemand. Preuve en est qu'il a aussi été traité par de nombreux médecins alémaniques, auxquels il a recouru librement et dont les rapports en allemand figurent au dossier, notamment son médecin traitant au moment du dépôt de sa demande de rente en 2009 et son rhumatologue traitant. Or, aucun problème de communication dû à la langue entre le

recourant et les praticiens traitants n'est jamais évoqué au dossier. Au surplus, le rapport de prise en charge ("intake") par l'Office AI Berne du 15 septembre 2009 indique expressément qu'il parle un peu d'allemand. Cela étant, rien ne permet de mettre en doute les déclarations précitées de l'expert psychiatre qui, après avoir été confronté aux reproches en question, a nié à plusieurs reprises avoir eu des difficultés de compréhension linguistique lors de l'entretien d'expertise et a indiqué que le recourant a lui-même renoncé à l'offre qui lui a été faite de recourir aux services d'un interprète dans sa langue maternelle. Enfin, l'intimé a donné suite à la demande de l'avocate du recourant et lui a fourni une traduction française de l'expertise du 3 mars 2015, ainsi que des prises de position ultérieures des experts.

4.3 Dès lors, il faut retenir que l'intimé s'est conformé à la jurisprudence reconnaissant, sur la base de l'art. 8 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; disposition prévoyant que nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de sa langue) et de l'art. 18 Cst. (garantissant la liberté de la langue), le droit de son assuré d'obtenir une traduction française d'un rapport d'expertise médicale rédigé en allemand, langue qu'il comprenait moins bien que le français, l'autre langue nationale usitée dans le canton de Berne (art. 6 al. 1 de la Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 [ConstC, RSB 101.1]; ATF 127 V 33 c. 2), ainsi que le droit d'être assisté par un interprète lors d'une expertise médicale par un expert ne maîtrisant pas la langue de l'assuré, en particulier en cas d'expertise psychiatrique (SVR 2014 IV n° 29 = TF I 451/00 c. 2.3.2; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 35 n. 7 et 8). Pour le surplus, la jurisprudence a considéré que si la personne assurée entendait faire valoir, en procédure d'instruction en matière d'AI, un droit à l'exécution d'exams médicaux dans sa langue maternelle, il lui appartenait de le faire valoir en temps voulu auprès de l'organe compétent (SVR 2005 IV n° 12 = TF I 245/00 du 30 décembre 2003 c. 4.1.1 et références citées). Or, en l'espèce, si le recourant a certes contesté dans un premier temps le choix des experts opéré par l'intimé en raison de la langue de ceux-ci, il n'a, comme relevé ci-dessus (c. 4.1), pas recouru contre la décision incidente du 20 août 2014 par laquelle l'intimé a maintenu son choix. Il a donné suite sans réserve à la convocation à l'expertise et n'a formulé aucune remarque

au sujet du déroulement de celle-ci immédiatement après qu'elle eut été effectuée et avant d'en connaître le résultat (TF 9C_287/2012 c. 4.2 et références citées). Il est en outre patent, au vu de la formulation de son recours et de l'argumentation juridique avancée, que le mandataire du recourant a très bien compris le contenu de la décision et des documents figurant au dossier, le rapport d'expertise bidisciplinaire ayant au surplus été traduit en français comme demandé. On ne saurait dès lors considérer que l'expertise est entachée d'un vice formel du fait de la langue usuelle de l'expert ou celle de l'original du rapport en consignand les résultats.

5.

5.1 L'expertise bidisciplinaire du 3 mars 2015, psychiatrique et rhumatologique, sur laquelle s'est fondé l'intimé pour rendre sa décision du 23 mars 2016, n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, les experts relèvent un trouble dépressif récidivant 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]), des traits de personnalité paranoïdes accentués (ch. Z73.1 CIM-10), ainsi qu'un syndrome douloureux panvertébral aspécifique prononcé au niveau cervical et lombaire (ch. M53.8 CIM-10), comprenant une discrète déshydratation des disques intervertébraux à la radiographie entre C3 et C6 mais une bonne hauteur des disques, une discrète protrusion des disques C4/C5 et C5/C6 sans compression de structures neurales, un statut neurologique normal à l'examen superficiel, et aucun signe clinique de perte notable de la condition musculaire ni de défaut de posture du rachis. Dans leur appréciation interdisciplinaire, les experts indiquent que le sujet se considère incapable de travailler et invoque ses dépressions et ses douleurs. Ils précisent en substance que les douleurs de l'appareil locomoteur ont été évaluées dans le cadre de l'examen neurologique, qui avait fait apparaître un syndrome douloureux panvertébral aspécifique, et qu'il n'existe pas de symptômes radiculaires, mais qu'on observe chez le patient une perte de la condition musculaire et de légères lésions

dégénératives. En ce qui concerne l'appareil locomoteur, ils déclarent que la capacité de travail n'est pas limitée. Du point de vue psychiatrique, les experts ne diagnostiquent actuellement aucune pathologie active, mais précisent qu'il existe cependant un trouble dépressif, actuellement en rémission, ainsi que des traits de personnalité paranoïde accentués, mais pas de trouble de la personnalité. Ils sont d'avis que du point de vue psychiatrique, il n'existe aucune limitation de la capacité de travail.

Dans leur conclusion interdisciplinaire, les experts estiment que la capacité de travail et de performance du sujet est entière pour quelque activité que ce soit et qu'il n'y avait pas non plus eu d'incapacité de travail de haut degré prolongée par le passé. Ils concluent enfin qu'aucune mesure médicale somatique ou psychiatrique n'est actuellement nécessaire et que dans la mesure où le sujet était subjectivement convaincu d'être malade et handicapé, ainsi qu'au vu des échecs des tentatives précédentes, il n'est pas possible de proposer des mesures professionnelles.

5.2

5.2.1 Dans l'expertise privée antérieure du 14 avril 2014, le psychiatre mandaté, après avoir résumé les faits et les avis médicaux postérieurs à la demande de prestations du recourant du 17 août 2009, pose une anamnèse familiale et personnelle de l'assuré et, sur la base des déclarations de ce dernier, expose la vie privée, les antécédents médicaux et psychiatriques, la situation et les plaintes actuelles du patient. Il diagnostique un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel en rémission (ch. F33.6 CIM-10) et un trouble de la personnalité paranoïaque (ch. F60.0 CIM-10). Dans son appréciation, le spécialiste relève notamment que l'assuré s'était montré symptomatique dès son arrivée en Suisse et que la polyclinique psychiatrique où il s'était fait traiter avait retenu un trouble psychotique schizophréniforme (ch. F23.2 CIM-10; voir rapport du 1^{er} juillet 2002 de la polyclinique en question, pour évoluer ensuite de crise en crise avec au moins quatre décompensations psychotiques). Reprenant les remarques du psychiatre traitant de l'époque dans un rapport du 28 juillet 2011, le spécialiste constate que la résistance au stress et les capacités d'adaptation de l'intéressé sont limitées en raison du trouble de la personnalité paranoïaque qui fait que l'assuré a tendance à entrer en conflit

facilement avec des collaborateurs et des supérieurs lorsqu'il est convaincu d'avoir été discriminé ou traité de façon injuste. Le spécialiste indique aussi que l'intéressé avait rompu avec tous ses anciens médecins traitants et était suivi désormais dans un centre médical, mais n'avait plus de soutien psychiatrique ou psychothérapeutique spécialisé, et que si l'épisode dépressif est en rémission, il subsiste tous les critères d'un grave trouble de la personnalité paranoïaque. Dans son appréciation du point de vue de la médecine des assurances, le psychiatre déclare en substance qu'actuellement l'épisode dépressif est en rémission et qu'on ne saurait par conséquent le lier à de quelconques limitations psychiatriques, mais qu'en l'occurrence, ce n'est pas la dépression qui fonde les limitations de l'intéressé, mais bien son grave trouble de la personnalité paranoïaque. Il précise notamment qu'il est assez rare qu'un trouble de personnalité puisse avoir valeur incapacitante en soi, et que c'est exceptionnellement le cas lors de troubles sévères où quasiment tous les critères spécifiques sont réunis. Il est d'avis que dans le cas présent, le trouble de la personnalité paranoïaque de l'intéressé est devenu grave et qu'il convient d'en tenir compte en termes d'employabilité dans le monde ordinaire du travail. En conclusion, le spécialiste admet, en raison de ces troubles psychiques, une incapacité de travail psychiatrique de 100% depuis le 18 décembre 2008, soit depuis la date où l'assuré avait perdu son emploi, et considère que cette incapacité de travail de 100% a pu courir jusqu'au 31 août 2010. Depuis le 1^{er} septembre 2010, le psychiatre retient une incapacité de travail psychiatrique de 70% sur la base de la personnalité gravement pathologique de l'intéressé et estime que cette incapacité pourrait être fixée sur une longue durée, sachant que l'intéressé n'arrive pas à conserver ses emplois plus de quelques mois en l'état actuel de son trouble de la personnalité. Le spécialiste relativise néanmoins et reconnaît que l'expertisé conserve par ailleurs des ressources, étant autonome pour ses activités de la vie quotidienne, ayant pu gérer correctement le processus d'expertise privée et paraissant en bonne santé physique en dehors des plaintes qu'il avance au niveau de son rachis. Le praticien considère que si l'assuré est manifestement isolé, il garde les compétences relationnelles suffisantes pour la vie de tous les jours, et que d'un point de vue strictement psychiatrique, un taux de 30% de capacité de travail dans des

activités adaptées à ses limitations physiques est dès lors raisonnablement exigible.

5.2.2 Dans sa prise de position du 23 novembre 2015 (dos. AI 128/108) face à l'expertise du 3 mars 2015, le psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014 se déclare surpris du décalage qu'il constate entre les conclusions psychiatriques rassurantes de l'expertise du 3 mars 2015 et ce qu'il considère comme la réalité clinique du recourant. Il s'étonne que les experts n'aient pas investigué plus en détail l'anamnèse du patient concernant son enfance et sa jeunesse, car selon lui, comme tout trouble de personnalité, le trouble de la personnalité paranoïaque doit se manifester au moins dès les débuts de l'âge adulte. Il se déclare aussi surpris que les experts ne se montrent guère disert sur les diagnostics de trouble schizophréniforme (ch. F20.8 CIM-10) posé en 2002 (rapport du 1^{er} juillet 2002 de la policlinique psychiatrique universitaire ayant traité le recourant) et de trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (ch. F23.2 CIM-10) posé en 2009 (rapport du 17 septembre 2009 du psychiatre traitant de l'époque). Selon lui, le fait de ne retenir que de simples traits de personnalité paranoïaque, comme le fait l'expertise du 3 mars 2015, ne peut donner une quelconque assise aux troubles psychotiques graves constatés en 2002 et 2009 et l'expertise du 3 mars 2015 est passée à côté du problème, dans le sens qu'elle n'a pas perçu ce qui constitue l'essentiel du dysfonctionnement de l'assuré, notamment toutes les informations sur son parcours professionnel chaotique, qui correspond en fait en tout point à ce à quoi on s'attend de l'évolution d'un sujet souffrant d'un trouble de la personnalité paranoïaque. Le psychiatre ajoute que le fait que la pathologie du patient se soit aggravée avec l'âge et qu'elle l'empêche aujourd'hui de continuer à rester inséré dans le monde ordinaire du travail n'a rien d'inattendu, même si l'intéressé a pu travailler par le passé. Il souligne que l'expertise du 3 mars 2015 ne constate que peu ou pas de psychopathologies et de limitations psychiatriques en conséquence, ce qu'il considère comme conforme à ce qu'on peut attendre d'un trouble de la personnalité paranoïaque qui n'est plus soumis au stress d'une activité professionnelle ou de mesures de réadaptation, s'est isolé et n'est pas l'objet de sollicitations extérieures. En outre, le psychiatre s'étonne que l'expert psychiatre ayant participé à l'expertise du 3 mars

2015 n'ait pas pris contact avec les médecins traitants de l'intéressé. Il met aussi en exergue des problèmes de compréhension linguistique entre l'assuré et l'expert psychiatre. Au vu de ces constatations, le spécialiste conclut qu'il n'a pas à revenir sur ses conclusions d'expertise privée du 14 avril 2014 et que l'expertise du 3 mars 2015 n'avait pas appréhendé correctement la gravité des troubles psychiatriques de l'assuré.

5.2.3 Invités par l'Office AI Berne à prendre position face aux remarques précitées du 23 novembre 2015 du psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014, les experts se sont exprimés le 28 juin 2016 dans un courrier produit par l'intimé avec son mémoire de réponse du 13 juillet 2016. Face au diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque posé par l'auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014, ils soulignent que le volet psychiatrique de l'expertise du 3 mars 2015 expliquait pourquoi il n'était pas possible de retenir un trouble de la personnalité dans le cas présent, car celui-ci doit surtout s'appuyer sur des faits et pas seulement sur des indications subjectives. Ils indiquent qu'il est ainsi un fait que le sujet de l'expertise avait travaillé plusieurs années à plein rendement, ce qui infirmait avant tout un diagnostic de trouble de la personnalité, car – comme l'auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014 l'a lui aussi souligné – ce trouble se manifesterait forcément à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte et laisserait une trace démontrable dans la biographie. Les divergences entre les indications figurant dans l'anamnèse de l'expertise du 3 mars 2015 et celles que le patient a faites à l'auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014 – différences que les experts admettent – ne peuvent d'après eux rien y changer. A cet égard, ils observent que l'assuré avait eu la possibilité de demander un interprète dans sa langue maternelle, le portugais, mais qu'il n'en avait pas voulu et avait souhaité que l'entretien soit mené d'abord en allemand, puis en français. Les experts poursuivent en précisant que les pièces du dossier, récapitulant les événements réels et les constatations objectives, constituent les principaux éléments importants du bilan, outre les observations subjectives et les indications données pendant l'entretien d'examen, et que les observations objectivables devaient donc être distinguées des indications subjectives dans l'appréciation du cas. Ils relèvent que le psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014, dans sa prise de position du

23 novembre 2015, n'apportait aucun nouveau constat qui n'aurait pas déjà été connu auparavant, et que le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque avait déjà été posé par le psychiatre ayant traité le recourant antérieurement. Ils soulignent enfin que le volet psychiatrique de l'expertise du 3 mars 2015 avait pris position en détail sur ce point et qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions de leur expertise.

5.3 Cela étant, en particulier au vu de la prise de position des experts du 28 juin 2016, ciblée sur les critiques émises par l'auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014 à l'encontre de leur expertise du 3 mars 2015, il faut admettre que cette dernière s'avère convaincante. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. A cet égard, comme décrit ci-dessus, ils ont pris expressément position quant aux critiques émises par le psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014 et par le recourant sur certains points de l'anamnèse, qui révéleraient des difficultés de compréhension dues à la langue. A l'instar des experts, force est de reconnaître que les imprécisions constatées n'exercent pas d'influence sur les constatations médicales faites par les experts et leurs répercussions sur la capacité de travail du recourant. Quant à l'absence de prise de contact avec les médecins traitants, reprochée aux experts par le psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014, celui-ci concède lui-même qu'une telle démarche n'est nullement obligatoire dans le cadre d'une expertise médicale, dans la mesure où les experts ont eu accès à l'ensemble des avis médicaux présents au dossier. On remarquera aussi que ce dernier n'avait pas non plus entrepris cette démarche dans le cadre de son expertise privée, mais uniquement par la suite, lorsqu'il s'est agi de rédiger sa prise de position du 23 novembre 2015, et qu'elle ne lui a d'ailleurs rien apporté de déterminant. Pour le surplus, les experts ont procédé eux-mêmes à un examen personnel du recourant et ont pris en compte ses plaintes subjectives, ainsi que les nombreux rapports médicaux antérieurs figurant au dossier. L'expert psychiatre s'est également prononcé très clairement sur l'avis divergent du psychiatre auteur de l'expertise privée du 14 avril 2014 quant au diagnostic posé. Avec une argumentation concluante, il explique

pourquoi il retient chez le recourant la présence d'un trouble dépressif récidivant actuellement en rémission et des traits de personnalité paranoïdes accentués, tous deux sans influence sur la capacité de travail, et non pas un trouble de la personnalité paranoïaque, contrairement à son confrère. Le diagnostic importe peu; si l'atteinte concernée se trouve en phase de rémission, elle n'a plus de répercussion sur la capacité de travail et de gain. En outre, les catégories Z00-99 de la CIM-10 recensent les facteurs influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé autres que les maladies, traumatismes et causes externes classés dans les catégories A00-Y89. Les codes Z00-99 ne correspondent pas à des atteintes à la santé invalidantes au sens de l'AI (TF 9C_14/2014 du 30 avril 2014, SVR 2008 IV n° 15 c. 2.2.2.2).

Certes, l'expertise en cause a été réalisée avant la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) sur les troubles somatoformes douloureux (TSD) ou les syndromes comparables sans étiologie claire (ATF 141 V 281). Cela ne conduit toutefois pas d'emblée à une perte de valeur probante, dans la mesure où le contenu de cette expertise permet de se prononcer sur la présence ou non d'un tel trouble. Or, l'expert psychiatre a exposé de manière convaincante qu'il était possible qu'une somatisation avec accentuation subjective des douleurs existe chez le patient, mais qu'il n'y avait en l'espèce pas d'extension nette des symptômes avec des douleurs diffuses et étendues, et qu'il n'était pour cette raison pas possible de poser un diagnostic de TSD. Les deux brefs rapports des 26 mai et 12 juillet 2016 du nouveau psychiatre traitant produits avec le recours, bien qu'évoquant un diagnostic de TSD, ne sont à cet égard pas susceptibles de remettre en cause, selon un degré de vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.6), l'appréciation motivée en détail de l'expert. Ils mettent essentiellement en évidence les traits de caractère du recourant et se réfèrent aux symptômes douloureux et neurovégétatifs décrits par le patient, sans établir l'étendue de ces derniers de manière précise. Le psychiatre traitant se réfère par ailleurs à des faits (agression et difficultés avec le service social communal) survenus en partie postérieurement à la décision contestée; or, en droit des assurances sociales, la légalité des décisions attaquées doit être appréciée, 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). Si l'assuré estime qu'à la suite des faits évoqués par son psychiatre traitant, son état de santé s'est péjoré après la décision contestée du 23 mars 2016 d'une manière susceptible d'influencer son droit aux prestations de l'AI, il lui est loisible de présenter une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. Enfin, le psychiatre traitant déclare que la reconnaissance de la part de l'AI d'une invalidité lui semble être d'un côté une manière d'aider son patient à sortir d'un cercle vicieux de précarité psychosociale et, d'un autre côté, à lui offrir des bases solides pour qu'il puisse éventuellement améliorer son état de santé général. Il s'agit là d'un avis qui dépasse l'appréciation médicale (voir ci-dessus c. 2.4). De plus, il faut observer que s'agissant des avis du médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant et plus encore du médecin chargé d'une thérapie de la douleur en raison de son rapport de confiance particulier et de la nécessité d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

Quant au diagnostic de syndrome douloureux panvertébral aspécifique posé par l'expert rhumatologue, demeuré incontesté (voir ci-dessus c. 5.1), on précisera que l'absence d'influence sur la capacité de travail de cette atteinte indiquée par l'expert ne relève pas, en l'occurrence, du critère de l'exigibilité face à un TSD, mais du caractère commun de tels troubles survenant chez des personnes de l'âge du recourant et qui présentent un certain déconditionnement face à l'exercice d'une activité lucrative. Au vu des avis médicaux au dossier, on constate d'ailleurs que ce ne sont pas les troubles rhumatologiques existants qui font obstacle à une reprise par l'assuré d'une activité lucrative adaptée, mais bien les traits de caractère et les points spécifiquement psychiques de l'atteinte à la santé qu'il présente. Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail le caractère invalidant de l'atteinte à la santé du recourant à la lumière des critères

particuliers instaurés par la nouvelle jurisprudence du TF pour ce qui concerne les TSD et les syndromes comparables sans étiologie claire, car l'existence d'une telle atteinte à la date où la décision contestée a été rendue ne peut être retenue en l'occurrence, selon un degré de vraisemblance prépondérante.

5.4 Au vu de l'ensemble de ce qui précède, les avis médicaux divergents au dossier ne viennent pas remettre en question les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 3 mars 2015, qui est conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière (voir ci-dessus c. 2.5), et les griefs du recourant la concernant doivent être écartés. Une valeur probante entière peut dès lors lui être reconnue, et il n'y a pas lieu de procéder à une instruction supplémentaire.

En conséquence, à défaut d'une atteinte à la santé invalidante (voir ci-dessus c. 2.1) durant la période en cause, l'intimé pouvait à bon droit retenir que le recourant ne présentait pas d'incapacité de gain déterminante du point de vue de l'AI et rejeter la demande de prestations du recourant. Le fait que l'intimé ait, suite à la demande de prestations, organisé des mesures d'intervention précoce (entraînement au travail, aide au placement) avant d'y mettre fin (décision du 12 juin 2013 entrée en force) et d'investiguer de façon fouillée l'aspect médical ne fait pas obstacle au constat d'absence d'atteinte de nature invalidante justifiant, finalement, un refus de prestations.

6.

6.1 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté, le recourant ne remplissant pas les conditions légales pour bénéficier des prestations de l'AI pour la période couverte par la décision contestée.

6.2 Le recourant n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

6.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à [...],
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

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