

**200.2016.761.AI**  
N° AVS A. \_\_\_\_\_  
CHA/BEJ

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

**Jugement du 3 novembre 2017**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A. de Chambrier, 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 28 juin 2016

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1955, divorcé, père d'un enfant mineur, au bénéfice d'une formation d'employé de commerce non certifiée, a exercé divers emplois, entre autres dans la vente (notamment comme gérant d'un magasin de musique à titre indépendant de 1981 au début des années 1990) et comme chauffeur. Après avoir suivi une formation d'aide-soignant en 2002, il a travaillé en dernier lieu à temps partiel en cette qualité et à un taux réduit et irrégulier comme veilleur de nuit dans un home pour personnes âgées, de juillet 2001 à septembre 2010. Il a connu des périodes d'indemnisation par l'assurance-chômage, notamment de mars à octobre 2010, et a été mis au bénéfice de l'aide sociale, à nouveau, depuis mi-octobre 2010.

**B.**

Le 15 novembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations AI, en faisant valoir des problèmes cardiaques depuis 1987, une opération prévue à ce titre, ainsi qu'un arrêt du cœur et un coma artificiel en janvier 2010. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction et requis, sur recommandation de son Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie et psychiatrie) du Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI C. \_\_\_\_\_), lequel a rendu son rapport le 26 juin 2012. Une observation professionnelle ordonnée du 13 mai au 12 août 2013 à la fondation D. \_\_\_\_\_ (élaboration de références professionnelles) a été interrompue au 21 juin 2013, de sorte que la Division de réadaptation professionnelle de l'AI a clos son dossier en juin 2013. Après l'obtention de nouveaux rapports médicaux et nouvelle consultation du SMR, l'Office AI Berne a organisé une deuxième expertise pluridisciplinaire (médecine interne, neurologie, cardiologie, neuropsychologie et psychiatrie), auprès du COMAI E. \_\_\_\_\_ (expertise du 30 juin 2015). Par préorientation du 4 février 2016, l'Office AI Berne a informé l'intéressé qu'il envisageait de lui

refuser toute prestation, en retenant qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. En dépit des objections formulées par ce dernier, par l'intermédiaire d'un représentant, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 28 juin 2016.

### **C.**

Le 30 août 2016, l'assuré, par l'entremise d'un avocat, a recouru contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 28 juin 2016 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et, principalement, au constat de ses droits aux prestations de l'AI et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A cette occasion, le recourant a également requis l'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure.

Le 29 septembre 2016, le recourant, par son mandataire, a complété sa requête d'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 30 septembre 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 17 novembre 2016, le recourant, par son mandataire, a répliqué et l'Office AI Berne a renoncé à dupliquer le 25 novembre 2016. Le 6 décembre 2016, le mandataire du recourant a encore fait parvenir au TA un exemplaire signé de sa réplique du 17 novembre 2016 et le 13 décembre 2016, sa note d'honoraires.

Par courrier du 25 septembre 2017, le nouveau mandataire constitué (procuration du 18 août 2017) a communiqué au TA qu'il continuerait à représenter le recourant en dépit de la décision incidente du 13 septembre 2017 rejetant ses conclusions tendant à l'extension de la requête d'assistance judiciaire déjà introduite, refus contre lequel il renonçait à recourir.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI Berne du 28 juin 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prestations AI du recourant. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi de prestations (sans que leurs genre et quotité n'en soient précisés) ou, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision (tant sur le principe que sur le genre et la quotité des prestations).

**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 constitué, 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 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 exigibles (art. 7 LPGA). 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).

**2.2** 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). 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, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

**2.3** 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).

**2.4** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (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).

### 3.

D'emblée, il faut constater que la demande de prestations AI a été déposée en novembre 2010 et que le recourant peut donc prétendre à une rente au plus tôt dès le 1<sup>er</sup> mai 2011 (art. 29 al. 1 LAI; sous réserve notamment du respect, à cette date, du délai d'attente d'une année selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI; voir notamment dossier [dos.] AI doc. 13 p. 2 et doc. 20 p. 3). Concernant le droit à une rente AI, le TA peut ainsi limiter son examen à la période comprise entre le 1<sup>er</sup> mai 2011 et le 28 juin 2016, date de la décision attaquée marquant la limite temporelle de l'objet de la contestation soumis à l'autorité de recours (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

#### **4.**

**4.1** Sur le plan médical, il faut essentiellement relever la présence de deux expertises pluridisciplinaires commandées par l'Office AI Berne (voir let. B ci-dessus). La première a fait suite à l'avis de la médecin interne du SMR du 15 septembre 2011, qui encourageait la réalisation d'une telle expertise afin d'établir le profil d'exigibilité. A cette occasion, la médecin précitée constatait également que l'appréciation médicale du cas était délicate et que la distinction entre les limitations objectives et les facteurs étrangers à l'invalidité n'était pas évidente (dos. AI doc. 38). L'expertise pluridisciplinaire du 26 juin 2012 qui s'en est suivie concluait à une incapacité de travail de 40%, basée sur des problèmes psychiatriques, et recommandait notamment un accompagnement psychothérapeutique et médicamenteux (voir c. 4.2 ci-dessous). Le 2 juillet 2012, l'Office AI Berne a rendu le recourant attentif à son obligation de réduire le dommage et l'a invité à ce titre à consulter un psychiatre, ce qu'il a fait dès le mois d'août 2012 (dos. AI doc. 51 et 57). Au 21 juin 2013, la mesure d'observation professionnelle commencée par le recourant le 13 mai 2013 a été interrompue, du fait que ce dernier estimait ne pas être en mesure d'augmenter son taux d'activité à plus de 20% (ce dernier taux ayant été recommandé par la psychiatre traitante, suivie du SMR; dos. AI doc. 57, 61 et 77). Le 2 décembre 2013, la psychiatre traitante a mentionné une incapacité totale de travailler. Le 17 février 2014, la clinique de médecine interne dans laquelle le recourant a séjourné du 15 au 18 février 2014 a retenu de nouveaux diagnostics, notamment celui de soupçon d'amnésie globale transitoire (dos. AI doc. 90 p. 3). A la suite de ces nouveaux éléments et sur recommandation de son SMR, l'Office AI Berne a commandé la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire qui a été achevée le 30 juin 2015 et qui concluait à une incapacité de travail de 60% (voir c. 4.3 ci-dessous).

**4.2** L'expertise pluridisciplinaire du 26 juin 2012, réalisée par le COMAI C.\_\_\_\_\_, retient comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, une cardiopathie valvulaire et arythmogène, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10]

de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) et une symptomatique neurasthénique (CIM-10: F38.0 [recte: F48.0]; dos. AI doc. 50.1, 50.2 et 50.3). Sans incidence sur la capacité de travail, l'expertise mentionne une légère polyneuropathie clinique, des status après cholécystectomie, appendicectomie et ulcère gastrique, une hypertonie artérielle et un syndrome de Gilbert selon dossier, et divers stress psychosociaux (divorce, querelle avec l'ancien employeur et chômage). Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, rapporte au niveau des limitations, que le recourant se plaint essentiellement d'une résistance diminuée, ainsi que d'une fatigue croissante et indique notamment avoir de temps en temps des vertiges et souffrir d'acouphène. Selon lui, la capacité de rendement du recourant comme aide-soignant est réduite de 20% en raison des problèmes cardiaques et du besoin de pauses accru en découlant. Il précise que la limitation précitée ne s'additionnerait pas à une éventuelle limitation retenue sur le plan psychiatrique et que dans une activité adaptée, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail et de rendement. Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, indique que les vertiges et la fatigue ne s'expliquent pas d'un point de vue neurologique et relève que le recourant n'invoque pas de troubles cognitifs et qu'il n'existe pas d'indices de tels troubles. Selon lui, la capacité de travail et de rendement du recourant est entière. Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, souligne qu'en raison de difficultés survenues dans le cadre familial (notamment à cause d'un père alcoolique), le recourant disposait de ressources psychiques limitées. Entre 2005 et 2010, il relève une accumulation de problèmes, sur le plan de la santé (appendicite, cholécystite et problèmes cardiaques), familial (séparation de son épouse, avec un enfant commun mineur), professionnel (notamment chômage et situation de mobbing dénoncée par plusieurs personnes chez un de ses derniers employeurs) et financier, qui ont conduit à un déconditionnement. Au vu des symptomatiques dépressive et d'épuisement, le recourant présente selon lui une capacité de rendement de 60% dans une activité adaptée, notamment avec un employeur attentif et compréhensif, dans un emploi sans pression de performance. L'expert psychiatre estime que le pronostic est relativement bon. Il recommande un accompagnement psychothérapeutique, un traitement médicamenteux, ainsi que l'organisation de mesures professionnelles. Il estime que dès 2014 la

capacité de travail du recourant devrait très probablement être supérieure à 60%. Dans leur avis commun, les experts retiennent que le recourant présente une incapacité de travail de 40%, basée sur l'appréciation psychiatrique. Ils relèvent que le début exact de ladite incapacité est difficile à déterminer, mais que les limitations de la capacité de travail sont survenues après l'opération du cœur, soit dès décembre 2010, respectivement janvier 2011.

**4.3** L'expertise pluridisciplinaire du 30 juin 2015, réalisée par le COMAI E.\_\_\_\_\_, retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif moyen (CIM-10: F32.1), neurasthénie (CIM-10: F48.0) et de suspicion de trouble panique (CIM-10: F41.0). Sans effet sur ladite capacité, elle mentionne une cardiopathie valvulaire, des antécédents d'hypertension artérielle, des antécédents d'hypercholestérolémie, un status après amnésie globale transitoire en février 2014, des céphalées de tension épisodiques, des paresthésies intermittentes des mains et des pieds, sans signe de neuropathie notable, des vertiges orthostatiques, une fatigue et des épuisements chroniques pouvant être dus à une apnée du sommeil (diagnostic différentiel, selon elle, à approfondir), ainsi qu'un déficit cognitif minimal. Le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, essentiellement chargé de recueillir les données de base de l'expertise, ne retient pas de diagnostic spécifique sur le plan de la médecine interne (dos. AI doc. 120.1 p. 10 à 13). Le Dr J.\_\_\_\_\_, neurologue, relève une tendance à l'autolimitation et la présence de déclarations souvent générales et vagues, avec de fréquents changements de sujets. Comme limitations invoquées par le recourant, il mentionne un état de fatigue, des vertiges et un épuisement rapide. L'expert neurologue indique que comme lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2012 (voir c. 4.2 ci-dessus) aucun diagnostic neurologique ayant une incidence sur la capacité de travail ne peut être établi. Il estime que l'épisode d'amnésie globale transitoire ne justifie pas une incapacité de travail durable, puisqu'il s'agit d'une perturbation transitoire des fonctions mnésiques qui ne laisse pas de séquelles et ne récidive généralement pas. Selon lui, les vertiges ne s'expliquent pas sur le plan neurologique et une polyneuropathie notable n'est pas objectivable. Concernant les fatigues, il estime que la question d'une apnée du sommeil devrait être instruite. Sur le plan neurologique, il

n'existe selon lui pas de limitation de la capacité de travail, mais indique qu'en raison des vertiges avec tendance aux chutes dont se plaint l'assuré, les activités au-dessus du niveau du sol (sur des échelles ou des échafaudages) sont à éviter. Sur le plan cardiologique, le Dr K. \_\_\_\_\_, cardiologue, relève un état général légèrement diminué. Il retient une incapacité totale de travailler pour la période comprise entre l'opération de la valve mitrale en novembre 2010 et la fin de la réadaptation au début d'avril 2011. Depuis lors, il estime que le recourant présente une pleine capacité de travail, notamment dans l'activité précédemment exercée d'aide-soignant dans un home. Le spécialiste en neuropsychologie, L. \_\_\_\_\_, indique que d'un point de vue neuropsychologique, la capacité de travail du recourant dans ses domaines d'activité habituels (employé de bureau et auxiliaire de santé) n'est pas notablement réduite et qu'il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner la possibilité d'activités alternatives. Il mentionne un déficit minime de la fonction cognitive qu'il attribue à l'état général diminué et estime qu'une modification importante de la capacité de rendement depuis l'expertise pluridisciplinaire est peu probable. Le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rapporte de nombreuses plaintes du recourant. Il estime que le trouble dépressif s'est plutôt aggravé depuis 2012, en relevant que dans son quotidien, le recourant a des difficultés accrues à s'occuper des tâches administratives, ainsi qu'à se donner une structure. A cela, s'est également ajouté une symptomatique de l'anxiété avec des attaques de panique, qui, selon lui, peut être diagnostiquée comme un soupçon de trouble panique ou intégré, comme diagnostic différentiel, dans l'état dépressif aggravé. Il relève que la symptomatique de l'anxiété n'était pas si forte auparavant et que cela dénote également plutôt une dégradation de l'état de santé du recourant. Il estime que sur le plan psychiatrique, la résistance du recourant est de façon générale fortement réduite, que ce dernier s'épuise rapidement, a besoin de pauses et de longues périodes de récupération et qu'il faut compter sur une dégradation de ses capacités cognitives au cours de la journée. Selon lui, la capacité de travail du recourant est de 40% dans une activité adaptée, sans tâches complexes et responsabilités et ce depuis le commencement du traitement psychiatrique en août 2012. Dans leur avis commun, les experts retiennent le même profil d'exigibilité que celui retenu par l'expert psychiatre, soit une capacité de travail de 40% dans toute

activité adaptée (sans tâches complexes, ni responsabilité, et sans activités au-dessus du sol).

## **5.**

**5.1** D'un point de vue formel, l'expertise pluridisciplinaire du 26 juin 2012 satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4 ci-dessus). Etablie en pleine connaissance du dossier, par des experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, elle repose sur des examens personnels de l'assuré et prend en compte les plaintes de ce dernier. L'expertise est motivée, claire et convaincante. Sur le plan matériel, pour la période en cause (voir c. 3 ci-dessus), l'avis des experts est corroboré par celui du cardiologue traitant qui, dans son rapport du 31 mai 2011, ne constate pas de limitation physique sur le plan cardiaque (dos. AI doc. 30 p. 1 et 2) et par le généraliste traitant lorsqu'il mentionne, le 30 mars 2011, que l'humeur dépressive figure au premier plan (dos. AI doc. 26 p. 2). Il existe certes une divergence d'opinion entre ce dernier, qui retient dans son rapport du 21 juin 2011 une capacité de travail de 50% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 et les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire en cause. Toutefois, ce médecin n'explique pas sur quels éléments objectifs il se base pour retenir une telle capacité et s'il mentionne des diagnostics qui n'avaient pas été retenus par les experts, comme ceux de syndrome de fatigue chronique, de symptomatologie de fibromyalgie ou de status après coup du lapin, avec des douleurs résiduelles cranio-cervicales (dos. AI doc. 32 p. 1 et 2), il ne précise pas si ces derniers ont un effet sur la capacité de travail, ni sur quels éléments concrets il se fonde pour les retenir. Dans ces circonstances, gardant à l'esprit que le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser son patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4), on ne peut pas retenir que l'appréciation du médecin traitant l'emporte sur celle des experts, notamment quant à la capacité de travail résiduelle. L'expertise du 26 juin 2012, qui n'est pas remise en question par les autres documents médicaux au dossier, est ainsi probante, ce que ni le recourant, ni l'intimé ne contestent.

**5.2** La valeur probante de l'expertise du 30 juin 2015 n'est pas non plus, à raison, remise en question par les parties. Cette expertise est en effet convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, 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. Les experts, qui ont examiné personnellement le recourant, prennent en compte les plaintes exprimées par ce dernier, ainsi que les avis médicaux essentiels figurant au dossier. A ce titre, l'expert en neurologie précise pourquoi l'épisode d'amnésie globale transitoire n'a pas d'effet durable sur la capacité de travail (voir c. 4.3 ci-dessus). En outre, l'expert psychiatre explique de façon convaincante pourquoi l'incapacité totale de travailler mentionnée par la psychiatre traitante ne peut être retenue (celle-ci ayant selon lui pris en compte des facteurs psychosociaux et ayant tendance, comme médecin traitant, à favoriser son patient). Il précise également pour quels motifs il estime que l'état de santé du recourant s'est plutôt dégradé depuis 2012 (aggravation de la symptomatologie de l'anxiété et du trouble dépressif, avec difficultés croissantes à s'occuper des tâches administratives et à se donner une structure au quotidien). Il ajoute en outre que la problématique corporelle diffuse qui perdure, avec des sensations de vertige, de perte de connaissance et des crampes d'estomac doit être comprise dans la symptomatologie dépressive. Le trouble du cercle dépressif d'épisode actuel moyen que cet expert retient est confirmé par la psychiatre traitante (rapports des 30 octobre 2012 et 2 décembre 2013) et par la clinique dans laquelle le recourant a séjourné du 7 au 27 juillet 2014 (rapport du centre de réadaptation médicale et neurologique du 4 août 2014; dos. AI doc. 57, 85 et 120.9 p. 2). Par ailleurs, aucun élément au dossier, en particulier, médical, ne vient remettre en question l'expertise pluridisciplinaire du 30 juin 2015. On peut encore ajouter que la confusion entre ses données personnelles et celles de son épouse dont il vit séparé, que le recourant mentionne dans sa lettre du 5 septembre 2017 par laquelle il révoque le mandat de son premier avocat, n'apparaît dans aucune des deux expertises.

**5.3** Aussi bien dans l'expertise du 26 juin 2012, que dans celle du 30 juin 2015, les spécialistes ne se sont pas prononcés sur le caractère invalidant de la neurasthénie diagnostiquée à la lumière des nouveaux critères développés par le Tribunal fédéral (TF) sur les troubles somatoformes douloureux ou les syndromes comparables sans étiologie claire, qui sont applicables par analogie à ce trouble (ATF 141 V 281, 139 V 547 c. 2.2, 137 V 64 c. 4.2, 136 V 279 c. 3.2.1). On ne peut toutefois leur nier d'emblée toute valeur probante pour cette raison, puisque le contenu de ces expertises permet d'apprécier le caractère invalidant de la neurasthénie au regard des critères précités (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6). A ce titre, il ressort de l'expertise de juin 2012 que le recourant, se sentant certes déprimé et épuisé, est quand même encore en mesure d'accomplir une activité professionnelle le matin (activité trouvée via l'assurance-chômage auprès d'une fondation active dans la réinsertion), des tâches ménagères l'après-midi, de cuisiner et de s'occuper de sa fille. A titre de hobby, il joue de la guitare et s'intéresse à l'histoire de l'art. Socialement actif, il rencontre régulièrement des amis et effectue des activités musicales avec ces derniers et leurs enfants (dos. AI doc. 50.3 p. 3). Au vu de ces éléments, le recourant disposait manifestement des ressources nécessaires pour surmonter le trouble neurasthénique.

L'expertise de juin 2015 relève certes une certaine tendance à l'autolimitation (dos. AI doc. 120.1 p. 18), mais ne mentionne pas de signes, en tout cas prépondérants, d'exagération (critère d'exclusion; ATF 141 V 281 c. 2.2). En revanche, elle relève également que le recourant dispose encore à l'évidence de ressources. Sa conscience est claire, son orientation, sa capacité à communiquer (même si son discours est parfois peu structuré) et sa vigilance sont intactes. La motricité des mains n'est pas limitée et il peut encore accomplir ses tâches ménagères (toutefois, selon ses dires, lentement), cuisiner et faire les courses. En outre, ses centres d'intérêts sont variés. Il fréquente le milieu de l'art, fait de temps en temps de la musique avec des collègues et, à l'occasion, expose ses créations digitales, lit un peu, regarde la télévision ou s'occupe devant son ordinateur. Il maintient de plus des liens sociaux. Des collègues lui rendent parfois visite pour l'aider, il va se promener avec eux ou, occasionnellement, boire des verres. Il cherche également à s'occuper de

sa fille et entretient, depuis une année, une relation, platonique, avec une femme malade (dos. AI doc. 120.1 p. 27, 33, 34, 35, 41, 42, 43 et 46). A l'instar de l'intimé, il faut constater que les ressources encore disponibles empêchent de retenir une neurasthénie invalidante au regard de la nouvelle jurisprudence.

**5.4** L'incapacité de travail de 40% retenue dans l'expertise de juin 2012 repose cependant essentiellement sur l'épisode dépressif moyen (dos. AI doc. 50.1 p. 19 à 21). Celle-ci étant probante, l'Office AI Berne ne devrait pas s'en écarter sans avoir pris l'avis d'un autre médecin, à tout le moins du SMR (TF 9C\_388/2016 du 2 novembre 2016 c. 4.1). Toutefois, selon la jurisprudence, les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations, rares, où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué (ATF 140 V 193 c. 3.3; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 c. 4.2 avec références et 8C\_131/2016 du 14 juillet 2016 c. 5.3.1). Or, en l'occurrence, il ressort à l'évidence de l'expertise de juin 2012 que les possibilités de traitements thérapeutiques étaient loin d'être épuisées (accumulation récente de facteurs psychosociaux encore accessible à la thérapie, relativement bon pronostic, recouvrement d'une exigibilité de plus de 60% dans les 18 mois qualifiée de très probable; dos. AI doc. 50.3 p. 9). On ne peut dès lors pas retenir que le trouble du cercle dépressif était alors invalidant. Faute de pouvoir suivre les conclusions de l'expertise de juin 2012 quant aux conséquences des troubles psychiatriques diagnostiqués sur la capacité de travail du recourant, il faut retenir que ce dernier présentait au début de la période litigieuse, soit au plus tôt dès le 1<sup>er</sup> mai 2011 (voir c. 3 ci-dessus), une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans l'hypothèse où l'on devrait appliquer la grille d'évaluation normative et structurée préconisée pour les troubles somatoformes au sens de l'ATF 140 V 281 c. 4.1 également aux atteintes dépressives, il faudrait considérer, d'une part, qu'à l'époque de la première expertise, le caractère persistant de la problématique dépressive n'était pas installé à un point tel que la preuve d'une atteinte à la santé pertinente au sens du droit de l'AI

pouvait être apportée. D'autre part, la preuve de l'incapacité de travail ne serait pas non plus établie, eu égard aux indicateurs déjà discutés en relation avec le diagnostic de neurasthénie (voir c. 5.3 ci-dessus).

**5.5** Dans l'expertise de juin 2015, l'expert psychiatre ne fonde son appréciation que sur le trouble du cercle dépressif, en prenant en compte les problématiques liées aux attaques de panique, et ne se réfère aucunement à la neurasthénie (voir en particulier dos. AI doc. 120.1 p. 45). On peut ainsi retenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante (applicable en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6), que le trouble dépressif diagnostiqué en 2015 est clairement prépondérant et à l'origine de l'incapacité de travail de 60% retenue. Le caractère non invalidant de la neurasthénie ne modifie donc en rien les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire en cause, étant par ailleurs souligné que si une expertise ne convainc pas sur un point, cela ne remet pas en question l'ensemble de ses conclusions (TF 9C\_416/2013 du 27 août 2013 c. 4.2.2 avec références). En outre, le fait que, dans l'expertise de juin 2015, les experts recommandent des examens complémentaires concernant un éventuel syndrome d'apnée du sommeil ne change rien à la pertinence de leurs conclusions, puisqu'ils précisent que, quoiqu'il en soit, ce diagnostic est sans effet sur la capacité de travail (dos. AI doc. 120.1 p. 49 et 52).

**5.6** L'Office AI Berne ne conteste pas le diagnostic de trouble dépressif moyen retenu dans l'expertise du 30 juin 2015, mais fait valoir que ce dernier n'est pas invalidant car il est dû à des problèmes psychosociaux (mobbing, conflit conjugal, conflits liés à la garde de la fille du recourant et situation financière difficile). 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. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). En l'occurrence, les explications médicales données par l'expert psychiatre 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). L'expert ne néglige pas l'existence de tels facteurs psychosociaux et mentionne d'ailleurs l'influence que ces derniers ont pu avoir sur la psychiatre traitante lorsqu'elle retenait, selon lui à tort,

une incapacité totale de travailler (dos. AI doc. 120.1 p. 47). En outre, l'expert psychiatre souligne que les traitements suivis par le recourant sont adéquats, mais qu'ils ne pourront pas conduire à une amélioration de son état de santé. Il redoute une chronicité des troubles psychiatriques et nie la possibilité d'autres traitements thérapeutiques sur ce point (dos. AI doc. 120.1 p. 47). Au vu de ces éléments, les critères développés par la jurisprudence pour exceptionnellement reconnaître un caractère invalidant à un trouble dépressif de gravité moyenne sont donnés. L'Office AI Berne s'est ainsi écarté à tort des conclusions de l'expertise de juin 2015, en estimant, de surcroît sans s'en référer à un autre avis spécialisé posé conformément aux exigences dont dépend le caractère probant des avis médicaux (voir c. 2.4 ci-dessus), que ledit trouble n'était pas invalidant.

**5.7** Au vu de ce qui précède, toujours au degré de la vraisemblance prépondérante, on peut retenir que durant la période litigieuse (débutant au plus tôt le 1<sup>er</sup> mai 2011; voir c. 3 ci-dessus), le recourant a présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, puis une capacité de travail réduite à 40% dans une telle activité dès le 1<sup>er</sup> août 2012.

## **6.**

**6.1** Le recours doit ainsi être admis, la décision attaquée annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'intimé pour que, sur la base de la capacité de travail réduite à 40% dès août 2012 reconnue par les experts, il procède au calcul de l'invalidité en comparant les revenus sans et avec handicap et en examinant l'éventuel droit du recourant à une rente (au regard, en particulier, des art. 28 al. 1 let. b et art. 29 al. 1 LAI, ainsi que de l'art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Ce faisant, l'intimé prendra notamment en compte également l'âge du recourant pour vérifier l'exigibilité des activités correspondant au profil médical défini par les experts (ATF 138 V 457 c. 3.3), en veillant, le cas échéant, à mettre en place les éventuelles mesures professionnelles nécessaires.

**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, 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). Cette mesure, dans les procédures relevant du droit des assurances sociales, est déterminée en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 41 al. 3 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11]) et ne couvre que l'activité objectivement justifiée pour la représentation devant l'instance judiciaire. L'intervention du deuxième mandataire du recourant, près de neuf mois après la clôture de l'échange d'écritures et sans circonstances particulières susceptibles de l'expliquer, doit être qualifiée de démarche inutile et superflue et est à exclure de l'évaluation des dépens. Seule donc peut être indemnisée l'activité du premier mandataire. Les dépens de ce dernier peuvent être fixés sur la base de la note d'honoraires du 13 décembre 2016, relative à la période du 15 juillet au 13 décembre 2016, qui ne prête pas à discussion (voir aussi lettre du mandataire concerné du 5 septembre 2017), 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"). Au total, l'intimé s'acquittera donc, en faveur du recourant, de dépens d'un montant de Fr. 1'613.10 (honoraires: Fr. 1'417.-; débours: Fr. 76.60; TVA: Fr. 119.50), versement destiné à l'organisme de conseils juridiques employant le premier mandataire.

**6.4** La requête d'assistance judiciaire, limitée aux frais de procédure, 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 Berne versera au recourant, pour la période allant du 15 juillet au 13 décembre 2016 la somme de Fr. 1'613.10 (débours et TVA compris; montant destiné à [...]) au titre de dépens pour la procédure judiciaire. Pour le surplus, il n'est pas versé de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire actuel du recourant,
  - à l'ancien mandataire du recourant (question des dépens),
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:  
e.r.: Ph. Berberat, 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).