

200.2016.838.AI

CHA/BEJ

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

**Jugement du 28 juin 2017**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A. de Chambrier, greffier

A. \_\_\_\_\_  
représenté par B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 4 août 2016



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1958, marié et père de quatre enfants maintenant adultes, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé en dernier lieu comme ouvrier de production dans une usine métallurgique. En arrêt de travail attesté médicalement depuis le 16 mars 2004, l'assuré a été licencié pour le 31 décembre 2004 et n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors. Le 22 septembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en mentionnant des douleurs dorsales et un blocage des jambes. Le 5 septembre 2005, après avoir notamment requis une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie; expertise du 27 juillet 2005), l'Office AI Berne a nié à l'assuré le droit à une rente, au motif qu'il présentait un taux d'invalidité insuffisant (15%). L'opposition et les recours successifs interjetés par l'assuré auprès de l'Office AI Berne, du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), puis du Tribunal fédéral (TF) ont tour à tour été rejetés (JTA 2006/6178/AI du 2 février 2007 et TF 9C\_99/2007 du 4 avril 2008). Le 5 décembre 2008, l'assuré a déposé une demande de révision, en faisant valoir une péjoration de son état de santé. Par décision du 24 novembre 2009, après avoir instruit le cas et notamment commandé une nouvelle expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie; expertise du 13 août 2009), l'Office AI Berne a rejeté la nouvelle demande de l'assuré, au motif qu'il présentait un degré d'invalidité de 28 %, insuffisant pour donner droit à une rente. Cette décision a été confirmée sur recours par le TA (JTA 2010/39/AI du 19 juillet 2010).

**B.**

Le 12 juin 2012, l'assuré, par son avocat, a déposé une nouvelle demande de prestation, en faisant valoir une aggravation de son état de santé et en précisant avoir été hospitalisé à deux reprises en hôpital psychiatrique en automne 2010 et au printemps 2012. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction et a mis en œuvre une expertise

pluridisciplinaire (orthopédie, neurologie, médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie; expertise du 18 août 2014) auprès du centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), [...]. Le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) n'ayant pas estimé convainquant le volet psychiatrique de l'expertise précitée, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique réalisée par un psychiatre du SMR (expertise du 31 août 2015). Par préorientation du 22 mars 2016, l'Office AI Berne a informé l'intéressé qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant (30%). En dépit des objections formées par l'intéressé, par son avocat, et après avoir consulté son SMR, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de la préorientation précitée par décision du 4 août 2016.

### **C.**

Le 14 septembre 2016, l'assuré, par le même représentant, a interjeté recours contre la décision précitée auprès du TA, en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et au constat que le recourant est en droit d'être au bénéfice d'une rente entière de l'AI. Le 29 septembre 2016, le recourant, par son mandataire, a requis l'assistance judiciaire complète. Le recourant, par son avocat, a complété sa requête d'assistance judiciaire les 21 octobre et 7 novembre 2016. Dans son mémoire de réponse du 7 novembre 2016, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 13 décembre 2016, le mandataire du recourant a présenté sa note d'honoraires.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 4 août 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de rente AI présentée par l'assuré. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'assuré. Dans son recours, l'assuré conteste exclusivement l'appréciation de son état de santé psychique et l'incidence de celui-ci sur sa capacité de travail. En substance, il fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire du 18 août 2014 est probante sur ce point et que les avis contraires du SMR ne sauraient l'emporter sur cette dernière.

**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 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]). La conclusion tendant au constat du droit à une rente entière est subsidiaire à la conclusion formatrice (implicite) visant l'octroi d'une telle rente et s'avère ainsi irrecevable en tant que telle (art. 49 al. 2 LPGA; ATF 130 V 388 c. 2.4, 122 V 28 c. 2b). Elle doit toutefois être comprise comme un élément de la motivation du recours.

**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.**

Après avoir estimé que le recourant avait rendu plausible une modification des circonstances depuis le refus de rente prononcé le 24 novembre 2009, confirmée par le TA le 19 juillet 2010 (voir let. A ci-dessus), l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 12 juin 2012 et a procédé à un examen matériel du cas (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]; jusqu'au 31 décembre 2011: anc. art. 87 al. 3 et 4 RAI; SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Le TA doit donc également procéder à un examen au fond (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

## **3.**

**3.1** 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).

**3.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente

**3.3** 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).

**3.4** 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).

**3.5** Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Pour autant que les rapports du SMR satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont

une valeur probante comparable à celles d'autres expertises (SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2).

#### **4.**

**4.1** La décision de refus de prestations du 24 novembre 2009, confirmée par le jugement du TA du 19 juillet 2010, reposait essentiellement sur l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 19 août 2009, réalisée par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans cette expertise, le rhumatologue retenait comme diagnostic un syndrome douloureux chronique thoracique lombovertébral, avec notamment une déformation du squelette axial, un affaissement et une déformation cunéiforme des vertèbres thoraciques, une ostéochondrose des vertèbres C4/5, C5/6, T8-11 et T12/L1, une spondylarthrose L4/5 et L5/S1 et une spondylose au niveau du rachis thoracique (diagnostics différentiels: ostéochondrose/maladie de Forestier), ainsi qu'un status après une contusion au genou gauche en mars 2003 et révision de ce dernier par arthroscopie. L'expert psychiatre retenait un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 selon la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes adoptée par l'Organisation mondiale de la santé [OMS; CIM-10]), une réaction dépressive prolongée en phase d'évolution vers une dysthymie (CIM-10: F43.21/F34.1), des difficultés dans le rapport à l'épouse malade du recourant (CIM-10: Z63) et les difficultés liées à la situation financière (CIM-10: Z59). Dans leur appréciation conjointe, les experts ont estimé que, dans une activité adaptée ménageant le dos, le recourant présentait une incapacité de travail de 15% en raison d'une comorbidité psychiatrique limitée ("*mässig*").

**4.2** Pour l'examen de la nouvelle demande de prestations de juin 2012, l'Office AI Berne s'est essentiellement fondé, sur le plan médical, sur l'expertise pluridisciplinaire COMAI du 18 août 2014 et sur celle du SMR du 31 août 2015.

**4.2.1** Dans son appréciation pluridisciplinaire, l'expertise COMAI d'août 2014 retient comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (CIM-10: F33.2), un syndrome douloureux chronique cervico-thoracique lombovertébral, avec une modification dégénérative avec spondylose de la colonne vertébrale cervicale, thoracique et lombaire, une ostéochondrose de gravité moyenne C4-6, une ostéochondrose polysegmentaire de la colonne thoracique "*mit Spangenburg*", une spondylarthrose hypertrophique L4-S1, une maladie de Baastrupp L1-S1 et une dysbalance musculaire de la colonne vertébrale avec hypercyphose et hyperlordose. Sans incidence sur la capacité de travail, l'expertise mentionne une coxarthrose initiale à gauche, une inflammation du tendon rotulien à gauche avec dysbalance musculaire, un déconditionnement, une hypertonie artérielle et une obésité de degré I (dos. AI doc. 127.1 p. 39). Le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et générale, se référant aux plaintes de l'assuré, mentionne que les douleurs au dos sont le problème principal et qu'elles rendent ce dernier irritable, fatigué et épuisé. Il ne retient pas de trouble incapacitant. Sur le plan orthopédique, la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, retient les divers diagnostics susmentionnés liés aux problèmes dorsaux, à la hanche, au genou et au déconditionnement. Elle estime qu'en raison des dégénérescences et de la déviation de la colonne vertébrale, le recourant ne peut plus exercer d'activités lourdes. Dans une activité légère à moyenne, alternée, sans port de charge de plus de 15 kg, ni position forcée ou accroupie, le recourant dispose selon elle d'une capacité de travail de 80% (ou de 100% avec une perte de rendement de 20%), en raison des douleurs chroniques. Dans le cadre d'une mesure de réinsertion au travail, elle recommande de reprendre une activité de façon progressive, en débutant à un taux de 25%. Elle estime également que le recourant devrait entreprendre diverses mesures (entre autres, thérapie par le mouvement, aqua-thérapie, relaxation), afin de lutter contre le processus de chronicisation. Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, estime que, sur le pan neurologique, le recourant ne présente pas de diagnostic avec ou sans effet sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, le Dr H.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel

sévère. Il considère qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ou de trouble de la douleur chronique avec des facteurs somatiques et psychiques ne peuvent pas être retenus. Selon lui, le recourant est principalement dépressif. Il précise que les trois critères principaux permettant de retenir un tel diagnostic, à savoir une humeur triste, un élan vital ("*Antrieb*") limité, ainsi qu'une perte de plaisir et d'intérêt, sont remplis (ces deux premiers critères étant selon l'expert fortement marqués) et que six autres critères sont également donnés (trouble du sommeil et de la concentration, malaise intérieur, culpabilité, perte de la confiance en soi et de l'appétit). Il souligne que ces critères sont tous fortement marqués ("*stark ausgeprägt*"), ce qui parle, selon lui, en faveur d'un trouble sévère, comme d'ailleurs l'existence d'une tentative de suicide. L'expert psychiatre ajoute que les éléments au dossier permettent de retenir un trouble récidivant et précise qu'il ne peut pas retenir de dépression réactionnelle. En raison du trouble dépressif sévère et en particulier de l'élan vital fortement limitée et de la diminution rapide de la concentration et de l'attention qui en découlent, il estime que le recourant est totalement incapable de travailler et ce, au moins, depuis le 21 septembre 2012, soit depuis le moment où le diagnostic de trouble dépressif, épisode sévère, a pour la première fois été posé. Il précise qu'au cours de l'examen, il n'a pas constaté d'éléments permettant de penser que le recourant serait un danger pour lui-même ou les autres. Il ajoute que les traitements actuels (consultations ambulatoires et traitement médicamenteux) sont adaptés et doivent être poursuivis. Dans leur appréciation commune, les experts estiment que l'évaluation psychiatrique est au premier plan et retiennent une incapacité totale de travailler.

**4.2.2** Dans son rapport du 9 janvier 2015, la Dresse I. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, conteste les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire précitée d'août 2014. Se basant sur les éléments au dossier, elle relève que le recourant a au préalable décrit des douleurs, qui ont influencé négativement son humeur, et qu'il a avant tout ressassé ses problèmes financiers. Elle estime que les constats rapportés par l'expert psychiatre ne décrivent pas l'existence d'une dépression sévère. En particulier, elle indique qu'il n'a pas fait état de troubles de la pensée ou de résultat indiquant des troubles cognitifs qui

doivent, selon elle, être présents pour pouvoir retenir le trouble précité. Elle ajoute que l'expert psychiatre a décrit le recourant comme aimable, coopératif et indiqué qu'il répondait précisément aux questions. Selon elle, ces éléments contredisent l'existence d'une diminution pertinente de l'élan vital. La psychiatre du SMR relève également que certains traitements médicamenteux du recourant peuvent avoir pour effet une diminution de l'élan vital et un ralentissement psychomoteur. Se basant sur l'avis des experts en orthopédie et neurologie, elle conteste également que les douleurs seraient suffisamment expliquées sur le plan somatique. Elle ajoute que la journée type, telle que décrite par le recourant, est si peu stimulante physiquement, que cela peut expliquer un déconditionnement général et physique (dos. AI doc. 133).

**4.2.3** Dans son rapport d'expertise du 19 août 2015, la psychiatre susmentionnée du SMR, après avoir examiné personnellement l'assuré, retient comme diagnostics un trouble douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4) et un épisode dépressif moyen (CIM-10: F 32.11) (dos. AI doc. 145). Elle constate que les résultats affectifs psychiques, tels que la perte d'espoir et de confiance en soi, ainsi que la diminution de la capacité émotionnelle ("*Schwungungsfähigkeit*"), sont clairement marqués. En revanche, l'élan vital est conservé, bien que légèrement réduit. Elle relève que le recourant peut encore mobiliser suffisamment de cet élan pour maintenir des activités au quotidien et honorer des rendez-vous. Selon elle, les facultés intellectuelles et cognitives du recourant ne sont pas tellement, voire pas du tout limitées, au contraire de l'état psycho-affectif qui est plus fortement affecté. Elle observe que le recourant conduit encore sa voiture, même si c'est sur de courts trajets, qu'il ne boit plus de café parce que son médecin lui a indiqué que c'était mauvais pour la pression sanguine, qu'il effectue de petites promenades et entretient, à tout le moins à la maison, des contacts avec ses enfants. En outre, la psychiatre du SMR précise que le centre d'intérêts du recourant est certes diminué, mais pas inexistant, puisqu'il s'intéresse toujours au bien de ses enfants et de son épouse, ainsi qu'à la conservation de sa maison. Selon elle, les constatations faites sur le plan cognitif, mais aussi concernant l'élan vital et la perte d'intérêts, ne correspondent pas à une dépression d'épisode sévère, mais moyenne. Elle estime que la symptomatique dépressive s'est développée à la suite des

douleurs. Selon elle, un déficit de concentration et d'attention aurait dû se manifester dès le début de l'entretien pour pouvoir être retenu comme étant un signe de dépression sévère et non pas en cours d'entretien comme cela s'est produit lors de l'expertise psychiatrique menée en 2014 par le COMAI. Elle constate toutefois que le recourant a été considéré à cette époque comme étant en dépression sévère sur le plan affectif et que cela peut s'expliquer en raison de l'influence des douleurs sur ce plan. Depuis 2009, elle indique que les conséquences et les charges psychosociales sont devenues plus claires et se sont manifestées dans tous les domaines de la vie, ce qui a renforcé la fixation du trouble somatoforme douloureux et conduit à une dépression moyennement grave autonome. Sur le plan psychiatrique, elle estime que le recourant a de tout temps été en mesure d'effectuer une mesure d'intégration professionnelle selon le profil d'exigibilité retenu sur le plan somatique (capacité de travail de 85% en 2009 et de 80% en 2014 dans une activité adaptée préservant le dos), à l'exception toutefois de la phase suicidaire. Elle ajoute que le recourant en avait les capacités intellectuelles et spirituelles et que, d'un point de vue psychique, il est essentiellement limité par ses schémas de pensée et perceptions négatifs, qui s'étant étendus sur des années ne sont pas susceptibles d'être traités par le biais d'une psychothérapie (dos. AI doc. 145 p. 12). Le 17 décembre 2015, la psychiatre du SMR précise que le recourant présente une perte de la capacité de rendement de 10% en raison de la diminution des ressources psychiques, ce qui conduit sur le plan interdisciplinaire à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec une perte de rendement globale de 30%, respectivement une incapacité de travail de 30% (dos. AI doc. 146).

## **5.**

**5.1** En l'espèce, il sied tout d'abord de constater que les parties ne contestent à raison pas les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire d'août 2014 sur le plan somatique, laquelle, sur ce point, respecte à l'évidence les exigences jurisprudentielles, aussi bien sous l'angle formel que matériel (voir c. 3.4 ci-dessus). En particulier, l'appréciation de l'expert en chirurgie orthopédique est convaincante, se fonde sur une

connaissance approfondie du dossier, prend en compte les plaintes de l'assuré et n'est pas contredite par d'autres éléments au dossier. La spécialiste en psychiatrie du SMR confirme d'ailleurs la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire sur le plan somatique dans son rapport d'expertise du 31 août 2015 (dos. AI doc. 145 p. 10).

## **5.2**

**5.2.1** Sur le plan psychiatrique, le recourant estime que l'expertise pluridisciplinaire d'août 2014 est probante et qu'il n'est pas justifié de s'en écarter. Il fait valoir que l'avis du SMR n'est absolument pas convaincant, ne tient pas compte de la vue d'ensemble dégagée par le COMAI et ne prend pas réellement position sur la capacité de travail du recourant. Dans son mémoire de réponse, l'intimé relève que de nombreux indices viennent remettre en question les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du COMAI du 18 août 2014, que l'expertise du SMR du 31 août 2015 est probante et que partant il est correct de se fonder sur cette dernière.

**5.2.2** Dans l'expertise COMAI du 18 août 2014, l'expert psychiatre, dont les qualifications ne peuvent être mises en doute, prend en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier, l'anamnèse complète et les plaintes subjectives du recourant. Il se prononce sur les autres documents médicaux pertinents au dossier et explique pourquoi il retient le diagnostic d'épisode dépressif récurrent et sévère et non celui de trouble somatoforme douloureux. Il décrit de plus les faits de façon claire et ses conclusions sont motivées. Sur le plan strictement formel, le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire, tout comme d'ailleurs l'ensemble de cette dernière, satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 3.4 ci-dessus). La même conclusion s'impose pour ce qui concerne l'expertise du SMR du 31 août 2015. Cette dernière est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions de la psychiatre du SMR, qui dispose des qualifications nécessaires, 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. La psychiatre du SMR, qui a examiné personnellement le recourant, prend en compte les plaintes exprimées par ce dernier, ainsi que les avis

médicaux essentiels figurant au dossier. En outre, il n'existe pas d'éléments objectifs permettant de douter de son impartialité et le recourant n'en fait pas valoir, étant rappelé que le seul rapport de subordination avec l'intimé ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention (voir c. 3.5 ci-dessus).

**5.2.3** Sur le plan matériel, il faut tout d'abord constater, à l'instar du SMR, que l'expert psychiatre ne convainc pas lorsqu'il indique qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne peut être retenu. En particulier, cet expert indique à tort que les autres experts consultés auraient estimé que les douleurs étaient suffisamment explicables sur le plan somatique. Sur ce point, l'expert en chirurgie orthopédique indique en effet clairement que les problèmes dorsaux n'expliquent que partiellement la symptomatique douloureuse (dos. AI doc. 127.1 p. 30 et 42). En outre, le fait de ne pas pouvoir établir que les douleurs sont influencées par des facteurs psychosociaux ne permet pas d'écarter l'existence d'un tel trouble (voir argumentation de l'expert psychiatre, dos. AI doc. 127.1 p. 21). Au demeurant, il faut rappeler qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant avait déjà été diagnostiqué en août 2009 (voir c. 4.1 ci-dessus). Par ailleurs, aucun élément médical au dossier ne vient remettre en question le maintien de ce diagnostic, comme l'a retenu le SMR. Cela étant, le fait que l'expertise pluridisciplinaire ne convainque pas sur ce point ne remet pas en question l'ensemble de ses conclusions (TF 9C\_416/2013 du 27 août 2013 c. 4.2.2 avec références).

**5.2.4** Concernant le trouble du cercle dépressif, l'expert psychiatre du COMAI explique de façon convaincante sur quelles constatations il se fonde pour retenir un trouble dépressif autonome, pourquoi ce dernier est selon lui récurrent et sévère. En outre, il ne néglige pas l'existence de facteurs psychosociaux (problèmes financiers, avenir professionnel incertain et épouse malade) (dos. AI doc. 127.1 p. 22). Son appréciation est corroborée par le rapport de sortie du 21 septembre 2012 (dos. AI doc. 108 p. 5 et 6), par le rapport du psychiatre traitant du 8 janvier 2013 (dos. AI doc. 111) et par celui du généraliste traitant du 12 mars 2013 (dos. AI doc. 114). Certes, la psychiatre du SMR indique le 12 décembre 2014 que l'expert psychiatre du COMAI, en 2014, n'a pas décrit les symptômes

d'une dépression sévère. Elle estime qu'il a fait les mêmes observations que l'expert psychiatre dans l'expertise bidisciplinaire de 2009, qui avait lui retenu une réaction dépressive évoluant vers une dysthymie (CIM-10: F34.1). Toutefois, dans son expertise d'août 2015, qu'elle confirmera sur ce point le 7 juillet 2016, la psychiatre du SMR modifie quelque peu son appréciation en indiquant qu'un trouble dépressif sévère ne pouvait être exclu au moment de l'expertise d'août 2014, en précisant sur ce point que le traitement médicamenteux a pu conduire à une amélioration de l'état dépressif du recourant, celui-ci passant d'épisode sévère à moyen (dos. AI doc. 145 p. 9 et doc. 1 p. 2). A ce titre, elle rejoint l'appréciation de l'expert psychiatre qui estimait en 2014 que les traitements devraient conduire à une amélioration de l'état de santé psychique et de la capacité de travail du recourant et qui recommandait une nouvelle appréciation de la situation une année plus tard (dos. AI doc. 127.1 p. 24). Dans un premier temps, la psychiatre du SMR indique qu'une dépression sévère implique nécessairement une diminution pertinente des capacités cognitives (rapport du 12 décembre 2014), puis admet qu'une dépression d'une telle ampleur peut aussi être admise lorsque ces capacités sont préservées, mais que l'état affectif est affecté (expertise du 31 août 2015 p. 9 et prise de position du 7 juillet 2016 p. 2 § 2). Par ailleurs, la psychiatre du SMR mentionne également qu'un trouble dépressif plus grave, avec une incapacité de travail plus importante, existait lors de la phase suicidaire (dos. AI doc. 145 p. 11 et 12). Or, à son admission en hôpital psychiatrique le 5 août 2012, le recourant avait déjà été décrit comme quelqu'un de calme, collaborant, orienté dans le temps et dans l'espace, avec un discours informatif, tournant en boucle autour de problèmes financiers, sans trouble du cours ni du contenu de la pensée (dos. AI doc. 108 p. 5). Même si une sortie de crise a pu être constatée à la sortie de l'établissement le 6 septembre 2012, le diagnostic d'épisode sévère a été maintenu. En outre, ce rapport de sortie indique également que le recourant, à son arrivée, avait une présentation correcte, un léger ralentissement psychomoteur, une thymie triste avec hypomimie, présentait une aboulie, une perte de motivation et une tendance à s'isoler. Les descriptions qui précèdent sont peu ou prou les mêmes que celles figurant dans l'expertise psychiatrique d'août 2014. De plus, dans l'expertise pluridisciplinaire d'août 2014, l'expert en neurologie mentionne que le recourant n'est que moyennement coopératif,

sans tendance à l'aggravation ou à la simulation. Il relève également une humeur clairement déprimée, une capacité émotionnelle, une expression et une gestuelle diminuées et un clair ralentissement psychomoteur (dos. AI doc. 127.1 p. 33 et 35). Bien qu'il ne constate pas de déficience cognitive significative (dos. AI doc. 127.1 p. 35), cet expert, qui a également une spécialisation en psychiatrie, se rallie sur le plan pluridisciplinaire aux conclusions du volet psychiatrique. Au vu de ce qui précède, on peut retenir avec un degré de vraisemblance prépondérante (applicable en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6) que le recourant souffrait en 2014 d'un trouble dépressif récurrent, épisode alors sévère, tel que cela résulte de l'expertise COMAI d'août 2014. Le SMR ne peut être suivi dans la mesure où il conteste (ou contestait) cet avis. Par ailleurs, le fait que l'expert psychiatre n'ait pas eu recours à un test spécifique pour poser son diagnostic ne saurait non plus être déterminant, dans la mesure où les experts disposent d'un large pouvoir d'appréciation dans le choix des méthodes d'investigation (TF 8C\_277/2014 du 30 janvier 2015 c. 5.2; voir mémoire de réponse p. 4). Enfin, l'intimé ne convainc pas lorsqu'il indique que l'appréciation du SMR, parce que plus récente, l'emporte sur celle du COMAI (mémoire de réponse p. 5). En effet, à une année d'intervalle, dans les présentes circonstances, les psychiatres n'ont, selon un degré de vraisemblance prépondérante, pas évalué une situation parfaitement identique et le fait de se prononcer en second lieu ne saurait, à lui seul, renforcer la force probante d'un rapport. Cela étant, la psychiatre du SMR explique de façon convaincante que, selon ses propres constatations, le recourant présentait en août 2015 une dépression d'épisode moyen et précise qu'il est concevable que l'état dépressif se soit amélioré une année après l'expertise d'août 2014, en raison des antidépresseurs pris par le recourant qui ont pu améliorer ses capacités cognitives (dos. AI doc. 1 p. 2). Aucun élément médical au dossier ne vient remettre en question son appréciation. En raison de ce qui précède, toujours au stade de la vraisemblance prépondérante, on peut retenir que l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis l'expertise réalisée par le SMR en août 2015 et que, depuis lors, le recourant souffre d'un trouble dépressif, d'épisode moyen.

**5.2.5** Dans l'expertise du 18 août 2014, l'expert psychiatre estime que la capacité de travail du recourant est nulle à cause de l'état dépressif sévère, en particulier, en raison de la perte d'élan vital et de la baisse rapide de l'attention et de la concentration qui en résultent, ainsi que de la difficulté de tisser des liens sociaux. Comme déjà mentionné, l'expert en neurologie, qui est également psychiatre, a estimé que les conclusions de l'expert psychiatre sur la capacité de travail pouvaient être suivies. Certes, la psychiatre du SMR indique en août 2015, que d'un point de vue psychiatrique, le recourant était en tout temps capable d'accomplir une mesure d'intégration professionnelle au taux d'activité retenu sur le plan orthopédique (incapacité de travail de 15% en 2009 et de 20% en 2014). En contradiction avec ce qui précède, elle indique toutefois également que ce profil d'exigibilité n'était pas réalisable durant la phase suicidaire, sans préciser la durée de cette phase, ni l'ampleur de l'incapacité de travail durant celle-ci (dos. AI doc. 145 p. 11 et 12). En outre, dans la mesure où la psychiatre du SMR, elle-même, n'exclut pas que l'état dépressif du recourant se soit amélioré une année après l'expertise de 2014 (passant de sévère à moyenne), on peine à retenir que la capacité de travail du recourant soit restée la même entre 2014 et 2015. De plus, la pleine capacité de travail, avec une perte de rendement de 10%, retenue par la psychiatre du SMR sur le plan psychiatrique semble difficilement compatible avec un diagnostic de dépression sévère. Au vu de ce qui précède, l'avis du SMR, qui n'a examiné le recourant qu'une année plus tard, ne saurait l'emporter sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire qu'aucun élément au dossier, autre que l'avis précité, ne vient remettre en question. On peut ainsi retenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une incapacité totale de travailler depuis le 3 août 2012, soit depuis son hospitalisation pour une tentative de suicide. En effet, l'expertise pluridisciplinaire mentionne que l'incapacité totale de travailler vaut, au moins, depuis le rapport de sortie du 21 septembre 2012 et on ne voit pas pour quels motifs une dépression sévère avec une incapacité totale de travailler ne pourrait pas déjà être retenue au moment de ladite tentative (et non pas seulement dès la date du rapport de sortie). Par ailleurs, il est précisé que dans le cadre du cercle dépressif, la question d'une éventuelle résistance à la thérapie concerne en premier lieu les dépressions légères à moyennes et

non pas une dépression sévère comme en l'espèce (voir TF 8C\_814/2016 du 3 avril 2017 c. 5.3.2, destiné à la publication). Le fait que le recourant ne se rende pas plus qu'une à deux fois par mois chez son psychiatre ne saurait ainsi être déterminant dans le présent cas (mémoire de réponse p. 4; dos. AI doc. 127.1 p. 15 et 18), ce d'autant moins que la psychiatre du SMR considère que, dans les présentes circonstances, on ne peut pas attendre de grands progrès d'une psychothérapie (dos. AI doc. 1 et 145 p. 11). Dès le 31 août 2015, le profil d'exigibilité retenu par la psychiatre du SMR (voir c. 4.2.3 ci-dessus) peut en revanche être retenu. Aucun élément médical au dossier ne vient remettre en question l'appréciation convaincante de la psychiatre du SMR sur ce point. Vu les constatations faites par cette dernière, l'épisode moyen du trouble dépressif et le caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux (voir c. 5.2.5 ci-dessous), la diminution de 10% de la capacité de rendement, respectivement de la capacité de travail, pour des raisons psychiques paraît crédible.

**5.2.6** La présence d'une dépression d'épisode moyen, d'une orientation claire, de facultés cognitives en grande partie conservée, de ressources (notamment: capacités à avoir une journée structurée et à respecter des rendez-vous) et d'intérêts (par rapport à son épouse, ses enfants et sa maison), encore existants, le syndrome somatoforme persistant diagnostiqué ne peut être considéré comme étant invalidant (concernant les critères à prendre en compte, voir ATF 141 V 281). Le recourant, qui estime que le psychiatre du COMAI a écarté à raison un tel diagnostic, ne le prétend d'ailleurs pas (recours p. 6).

## **6.**

**6.1** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il peut être retenu au stade de la vraisemblance prépondérante que le recourant a présenté une incapacité totale de travailler depuis le mois d'août 2012 et une pleine capacité de travail, avec une perte de rendement de 30%, respectivement une capacité de travail de 70%, dans une activité adaptée aux troubles somatiques, dès le 31 août 2015.

**6.2** Le recours doit ainsi être partiellement admis et le dossier doit être renvoyé à l'intimé afin qu'il examine le droit du recourant à une rente temporaire en fonction des taux d'incapacité de travail précités, pour la période comprise entre le dépôt de la nouvelle demande du 12 juin 2012 et l'expertise du SMR du 31 août 2015 (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 RAI). Il est rejeté pour le surplus.

## **7.**

**7.1** Les frais et dépens doivent par conséquent être liquidés en fonction d'un gain partiel qu'il y a lieu d'estimer à une part de 1/2. Dans la mesure du gain partiel, la requête d'assistance judiciaire est sans objet.

**7.2** Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont ainsi mis par Fr. 400.- à la charge de chacune des parties (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**7.3** Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a droit au remboursement de la moitié de ses dépens selon l'étendue de son gain de cause devant le TA (art. 61 let. g LPJA; 104 al. 1 et 3 et 108 al. 3 LPJA). Au vu de la note d'honoraires du 13 décembre 2016 de son mandataire, qui ne prête pas le flanc à la critique, les dépens sont fixés à Fr. 675.80 (1/2 x [honoraires de Fr. 1'215.-, débours de Fr. 36.45 et TVA de Fr. 100.10]). Pour le surplus, le recourant ne peut prétendre au remboursement de ses dépens.

**7.4** Sur requête, l'autorité de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 111 al. 1 LPJA). En l'espèce, sur la base des pièces justificatives produites (notamment concernant l'impossibilité d'obtenir un prêt hypothécaire supplémentaire) et étant donné que le recourant dépend de l'aide sociale, la condition financière est manifestement remplie. Les chances de succès du recours et la nécessité d'être assisté par un avocat

ne pouvant de plus être niées, la requête d'assistance judiciaire peut être admise. Le recourant doit par conséquent être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la part où il succombe.

**7.4.1** Ainsi, les frais de procédure par Fr. 400.- mis à sa charge sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocat représentant le recourant est désigné en qualité de mandataire d'office.

**7.4.2** Toujours au vu de la note du 13 décembre 2016 et de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les honoraires, dans la mesure où il succombe, sont fixés à Fr. 607.50 (1/2 x Fr. 1'215.-) et les débours à Fr. 18.25 (1/2 x Fr. 36.45). Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 505.70 au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 450.- [soit 1/2 x 4.5 heures à Fr. 200.-], débours: Fr. 18.25 et TVA: 37.45; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11] et l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]). Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse [CPC, RS 272]).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis partiellement et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé, afin qu'il procède au sens des considérants et rende une nouvelle décision. Pour le surplus, le recours est rejeté.

2. Dans la mesure où elle n'est pas sans objet, la requête d'assistance judiciaire est admise et Me B. \_\_\_\_\_ est désigné comme mandataire d'office.
3. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 400.- à la charge de chacune des parties. Il est renoncé à leur perception chez le recourant au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. L'Office AI versera au recourant la somme de Fr. 675.80 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
5. Dans la mesure où le recourant succombe, les honoraires de Me B. \_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 607.50, auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 18.25 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 505.70 au titre du mandat d'office (Fr. 450.- d'honoraires, Fr. 18.25 de débours et Fr. 37.45 de TVA). L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par son mandataire,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:  
e.r.: C. Meyrat Neuhaus, Juge

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).