

**200.2017.1011.AI**  
N° AVS  
DEJ/REN

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

**Jugement du 1<sup>er</sup> avril 2019**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
J. Desy, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
agissant par son curateur **B.** \_\_\_\_\_  
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 25 octobre 2017



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, ressortissant de Côte d'Ivoire né en mars 1973, en Suisse depuis juillet 2007, séparé de son épouse depuis 2015, père de deux enfants nés en 1990 et 2002, a travaillé en tant qu'enseignant sur appel de novembre 2011 à mai 2015. A compter du mois de septembre 2015, une incapacité complète de travail lui a été attestée médicalement et il a été à répétées reprises hospitalisé, notamment sous le régime du placement à des fins d'assistance (PAFA ou, selon le droit en vigueur avant 2013, privation de liberté à des fins d'assistance, PLAFA), dans un établissement de soins psychiatriques. En mars 2016, une curatelle a été instituée à son égard.

**B.**

Le 23 novembre 2015, le prénommé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en faisant valoir l'existence de problèmes d'ordre psychique depuis 2008.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne l'a instruite en requérant les rapports médicaux de sortie des séjours en établissement psychiatrique, ainsi que les rapports médicaux des psychiatres traitants. Conseil a ensuite été pris auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'Office AI Berne a communiqué à l'assuré son intention de lui refuser tout droit à des prestations de l'AI. Nonobstant les observations formulées par l'assuré, agissant par son curateur, à l'encontre de ce préavis, l'Office AI Berne l'a confirmé par décision du 25 octobre 2017 et a refusé tout droit de l'assuré à des prestations de l'AI.

## **C.**

Le 17 novembre 2017, l'assuré, agissant par son curateur, a porté la cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant à l'annulation de la décision précitée et au constat de son incapacité. Le 27 novembre 2017, le recourant a personnellement contresigné l'acte de recours, introduit une requête d'assistance judiciaire et produit une procuration en faveur de son curateur.

Dans sa réponse du 5 janvier 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

Le recourant n'a pas répliqué.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 25 octobre 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie au recourant tout droit à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur le droit à des prestations de l'AI. Est principalement contestée l'appréciation médicale de l'Office AI Berne voulant que la toxicodépendance du recourant soit à l'origine de ses incapacités de gain passagères.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par un assuré agissant par son curateur, mais capable de discernement et dont l'exercice des droits civils n'a pas été restreint par la curatelle, légitimé à recourir, 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. 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 Tribunal 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).

**2.2** On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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** D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 c. 3c; SVR 2016 IV n° 3 c. 2.2.1).

**2.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** En substance, l'Office AI Berne retient, principalement sur la base du rapport médical rédigé par son SMR, que l'incapacité de travail, et donc de gain, présentée par le recourant trouve son origine dans une toxicodépendance à l'alcool. Il existerait ainsi une pleine capacité de travail à la condition (exigible) d'une abstinence de consommation de toute substance toxique.

**3.2** Le recourant conteste l'appréciation du SMR, donnée par un médecin qui ne l'a pas examiné personnellement et ne disposerait pas de la qualification nécessaire; selon lui, l'avis de ce médecin ne saurait ainsi d'aucune manière se révéler probant. Par ailleurs, il fait valoir que la toxicodépendance alléguée est contredite par l'absence d'un tel diagnostic en dehors des phases de décompensation de la maladie psychiatrique. Finalement, il considère que l'incapacité totale de travail attestée par les médecins traitants doit être reconnue par l'Office AI Berne.

### **4.**

Il ressort du dossier les éléments de fait pertinents qui suivent.

**4.1** L'Office AI Berne s'est procuré un rapport médical rédigé par des médecins de l'hôpital psychiatrique où le recourant a séjourné à plusieurs reprises. Ce rapport du 6 janvier 2016 a indiqué les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire sans précision (chiffre F31.9 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation

mondiale de la santé [OMS]) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (dipsomanie; CIM-10 F10.26). Les mêmes médecins ont indiqué que le recourant était hospitalisé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015 sous mesure de PAFA et qu'il était incapable de travailler à compter de cette date.

**4.2** Le 12 février 2016, le psychiatre traitant du recourant a fait parvenir un rapport médical à l'Office AI Berne. Il a indiqué les diagnostics de trouble affectif bipolaire (CIM-10 F31) et d'hyperthyroïdie, tous deux avec répercussion sur la capacité de travail, laquelle était probablement définitivement inexistante depuis le mois de septembre 2015. Il a également communiqué que le recourant était sorti de son hospitalisation le 21 janvier 2016 et qu'une mise sous curatelle en résultait. De plus, il a tenu à préciser que les consommations d'alcool s'inscrivent dans la bipolarité et en aucun cas ne sont responsables de l'invalidation de son patient.

**4.3** Le 2 mars 2016, l'Office AI Berne a reçu copie des rapports de sortie des neuf hospitalisations du recourant.

**4.3.1** Il ressort des documents que le recourant a été hospitalisé une première fois du 10 mars 2008 au 14 avril 2008, sous le régime d'une PLFA. Les diagnostics retenus sont un trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel maniaque sans symptômes (CIM-10 F31.1), ou alors un épisode maniaque sans précision (diagnostic différentiel; CIM-10 F30.9), ainsi qu'une hyperthyroïdie.

**4.3.2** Le recourant a ensuite été hospitalisé du 5 au 25 mars 2009, à nouveau sous le régime d'une PLFA. Le diagnostic rapporté est un trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel maniaque sans symptômes (CIM-10 F31.1) et une hyperthyroïdie.

**4.3.3** Egalement sous le régime d'une PLFA, le recourant a à nouveau été hospitalisé du 22 août 2011 au 20 septembre 2011. Le diagnostic rapporté est un trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel maniaque sans symptômes (CIM-10 F31.1) et une hyperthyroïdie.

**4.3.4** Sous le régime d'un PAFA, le recourant a été hospitalisé du 28 mars au 14 avril 2013 pour un trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel maniaque (CIM-10 F31.0).

**4.3.5** A nouveau sous le régime d'un PAFA, le recourant a été hospitalisé du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 22 janvier 2014 en raison d'un trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (CIM-10 F31.2).

**4.3.6** Du 27 janvier 2014 au 7 mars 2014, le recourant a une nouvelle fois été placé sous PAFA et hospitalisé en raison d'un trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel maniaque (CIM-10 F31.0).

**4.3.7** A nouveau sous le régime d'un PAFA, le recourant a été hospitalisé du 27 février 2015 au 2 mars 2015 en raison d'un trouble affectif bipolaire, toutefois en rémission (CIM-10 F31.7).

**4.3.8** Sous mesure de PAFA médical, le recourant a été hospitalisé du 10 avril 2015 au 21 mai 2015, les diagnostics mentionnés étant un trouble affectif bipolaire dans un épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (CIM-10 F31.2) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec un syndrome de dépendance et d'utilisation épisodique (dipsomanie; CIM-10 F10.26).

**4.3.9** A nouveau sous le régime d'un PAFA médical, le recourant a séjourné dans un établissement psychiatrique du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 12 janvier 2016. Le diagnostic rapporté est un trouble affectif bipolaire sans précision (CIM-10 F31.9).

**4.4** Le 11 juillet 2016, le psychiatre traitant a adressé un nouveau rapport médical à l'Office AI Berne, dans lequel un trouble affectif bipolaire (CIM-10 F31) et une hyperthyroïdie sont mentionnés. Une incapacité complète de travail est mentionnée depuis 2015, les notions de capacité de travail et de rentabilité n'étant pas évocables.

**4.5** L'Office AI Berne a ensuite pris conseil auprès de son SMR, qui a pris position le 31 août 2016 par une psychiatre. Celle-ci considère que l'alcool est à l'origine des décompensations maniaco-psychotiques et que

l'état du recourant se stabilise dès qu'il est sobre et prend ses médicaments. Elle réfute le diagnostic de trouble bipolaire et retient celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool dans une utilisation épisodique (dipsomanie; CIM-10 F10.26). Selon elle, la capacité de travail, en observant une abstinence exigible et en suivant la médication, est de 100%, dès que l'assuré a récupéré du dernier épisode maniaque induit par l'alcool.

**4.6** Après l'envoi de la préorientation et les observations formulées par le recourant (dont notamment une attestation de l'Office de l'exécution judiciaire indiquant que le recourant ne peut assurer l'accomplissement de travail d'intérêt général), la même médecin du SMR a confirmé le 5 mai 2017 son appréciation précédente.

**4.7** A l'appui du recours, le recourant a encore produit une lettre du 16 novembre 2017 et un certificat du 4 mai 2017 du service ambulatoire psychiatrique dirigé par son psychiatre attestant le suivi, les décompensations maniaques impliquant une perte des facultés de discernement et l'absence de constat de dépendance à une quelconque substance psychoactive si ce n'est le traitement médicamenteux, la consommation d'alcool se produisant durant les phases de décompensation.

## **5.**

### **5.1**

**5.1.1** 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 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

**5.1.2** 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**5.1.3** 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 2018 IV n° 4 c. 3.2, 2009 IV n° 53 c. 3.3.2). Si toutefois un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions des constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

**5.2** En substance, deux versions médicales s'opposent. D'un côté, la psychiatre du SMR estime que les troubles maniaques ou maniaco-psychotiques incapacitants constatés ne se manifestent que sous l'influence de l'alcool. Elle nie que la consommation d'alcool résulte d'une atteinte psychique ou en ait provoqué une de façon durable. De l'autre côté, les psychiatres traitants considèrent qu'il existe un trouble psychique bipolaire, ponctué de crises intermittentes entraînant notamment une

consommation d'alcool et une décompensation maniaque avec symptômes psychotiques.

**5.2.1** En l'occurrence, l'avis du SMR est apporté par une médecin spécialisée en psychiatrie, qui s'est prononcée sur la base du dossier et explique pourquoi et comment elle considère que la consommation d'alcool est à l'origine des troubles incapacitants intermittents du recourant. En substance, la psychiatre expose ainsi que les symptômes d'excès alcoolique sont semblables à ceux de la bipolarité et des troubles bipolaires, et que, si ces atteintes existaient véritablement, elles auraient commencé avant l'arrivée du recourant en Suisse, ce qui, selon elle, ne ressort pas du dossier et est également contredit par le suivi d'une formation dans le pays d'origine. Toutefois, il faut souligner que la médecin du SMR n'a pas examiné personnellement le recourant et s'est prononcée uniquement sur dossier. Comme énoncé ci-dessus (voir ci-avant c. 5.1.3), les médecins du SMR peuvent donner un avis de synthèse sur la base d'un dossier, lequel avis peut être considéré comme probant dans certains cas, étant précisé que les avis sur dossier sont toujours délicats dans le domaine de la psychiatrie pour des raisons évidentes. Or, en l'espèce, la médecin du SMR ne s'est pas véritablement fondée sur une synthèse des diagnostics médicaux au dossier pour en déduire une appréciation des limitations fonctionnelles, en discutant, si nécessaire, les évaluations divergentes de ses confrères. Au contraire, elle a certes résumé les avis médicaux existants, mais est d'emblée partie du postulat que le trouble affectif bipolaire diagnostiqué par les autres médecins n'existait pas en réalité et que l'alcool était à l'origine des troubles incapacitants intermittents, alors que cette hypothèse ne ressort d'aucun autre avis médical au dossier. Si la consommation (excessive) d'alcool est relevée à plusieurs reprises (notamment dans les rapports de sortie d'hospitalisation depuis 2014), il n'est pourtant jamais énoncé au dossier que l'alcoolisme est à l'origine de l'incapacité de travail du recourant (voir par exemple le rapport de sortie de la huitième hospitalisation [ci-avant c. 4.3.8] qui expose pourquoi le diagnostic de trouble bipolaire est maintenu en parallèle du diagnostic de trouble du comportement). Par ailleurs, le psychiatre traitant du recourant a indiqué dans son rapport du 12 février 2016 que le recourant apparaît plus stabilisé avec la prise de son traitement

médicamenteux et que, notamment, la consommation compulsive d'alcool a régressé. Le même médecin souligne qu'il est impératif de maintenir la thérapie en cours et indique que son pronostic est très défavorable. Par ailleurs également, s'il est vrai qu'une certaine capacité de travail est attestée entre les crises maniaques lorsque le recourant suit de façon adéquate son traitement, ce constat n'implique pas nécessairement une capacité de travail de 100%, ce d'autant plus que la psychiatre du SMR elle-même ne nie pas les effets accessoires de la (lourde) médication prescrite par les psychiatres traitants. Finalement, l'on mentionnera encore que la psychiatre du SMR n'était d'aucune façon la prétendue absence d'indice, selon elle, d'un trouble (bipolaire) qui, s'il existait, devrait être apparu depuis de nombreuses années, alors même que certains éléments au dossier tendent à démontrer le contraire (voir par exemple les extraits de compte individuel de cotisations sociales [salaires toujours très peu élevés], les dettes et les ruptures que le recourant a connues dans sa vie familiale et privée), lesquels éléments ne font pas forcément penser à des dérèglements intervenus récemment, induits essentiellement par une consommation abusive d'alcool attestée depuis 2014. Par ailleurs, la nécessité d'un suivi psychiatrique en Suisse depuis 2008, soit quasiment depuis l'entrée dans ce pays et la mention de trois ou quatre hospitalisations dans le pays d'origine (dos. AI 17/18, 20 et 21) vont également à l'encontre d'antécédents psychiques sans particularité en faisant abstraction des excès d'alcool.

**5.2.2** De façon générale, il convient certes de tenir compte du fait que la relation de confiance et thérapeutique avec son patient a pour conséquence que le médecin traitant 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). En l'espèce, il n'est pourtant pas anodin de souligner la durée du suivi, de même que les avis convergents de plusieurs psychiatres tendant à nier l'existence de la toxicodépendance à l'alcool, dans la mesure où cette consommation est mentionnée comme conséquence et non à l'origine des troubles. La seule appréciation du SMR, sur dossier, ne suffit pas pour contrebalancer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales, les multiples avis précités (voir, par exemple TF 8C\_262/2013 du 5 juillet 2013 c. 4 et les références).

**5.2.3** Il ressort de ce qui précède que l'évaluation du SMR ne fait pas le poids face aux avis contraires, sur un point essentiel (toxicodépendance), des médecins traitants. Au lieu de produire un rapport de synthèse discutant les avis médicaux au dossier, la médecin du SMR s'est au contraire complètement écartée des constatations cliniques médicales à disposition pour y substituer sa propre conception de la situation, sans même procéder à un examen personnel. Une telle façon de procéder ne saurait d'aucune façon s'avérer concluante et il y a lieu de nier le caractère probant de l'appréciation de la psychiatre du SMR.

**5.3** Quant aux rapports des médecins traitants, ils ne sauraient être suffisants pour pouvoir juger en toute connaissance de cause de la situation médicale complète du recourant, notamment pour les raisons évoquées ci-dessus (c. 5.2.2). Il convient au contraire de constater que le dossier ne contient à ce stade aucun avis développant une force probante suffisante, au degré de la vraisemblance prépondérante pour pouvoir juger, pour toute la période couverte par l'objet de la contestation (demande de novembre 2015) des incapacités fonctionnelles du recourant et de leur caractère invalidant.

#### **5.4**

**5.4.1** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît qu'il n'existe actuellement pas au dossier les éléments suffisants pour pouvoir se prononcer sur l'éventuel droit du recourant à des prestations de l'AI. En rendant une décision sur la base de la seule appréciation de son SMR, que l'on doit qualifier de non probante (voir ci-avant c. 5.2), l'Office AI Berne a violé le devoir d'instruction qui lui incombe (voir art. 43 LPG).

**5.4.2** Cela étant, la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction médicale complémentaire. Il lui appartiendra de requérir les évaluations médicales, à tout le moins psychiatriques, permettant de déterminer si l'incapacité de travail et de gain du recourant découle uniquement de ses excès alcooliques ou si ces derniers sont inhérents à une atteinte psychiatrique, voire, le cas échéant, ont eux-mêmes provoqué une maladie de nature psychique. Le ou les spécialistes chargés de l'expertise devront aussi se prononcer sur les

éventuelles limitations fonctionnelles de la capacité de travail, leurs fluctuations pendant la période en cause et la mesure dans laquelle il est exigible que le recourant les surmonte par un traitement approprié. En possession de bases médicales solides, l'intimé évaluera l'éventuelle invalidité du recourant, en tenant compte de l'exigibilité professionnelle pouvant être attendue, et rendra une nouvelle décision.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**6.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

**6.3** Bien qu'il obtienne gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, pas même en la forme d'une indemnité de partie, au recourant qui agit avec le soutien de son curateur mais n'est pas représenté par un avocat et dont les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPG; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

**6.4** Au vu de son gain de cause, la requête d'assistance judiciaire déposée par le recourant est sans objet et doit être rayée du rôle.

**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. Il n'est pas alloué de dépens.
4. La requête d'assistance judiciaire déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par son curateur,
  - à l'Office AI Berne,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification 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).