

200.2017.1021.AI

N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 5 juin 2019

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 18 octobre 2017



En fait:

A.

A. _____, né en 1970, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'électronicien radio-TV, a travaillé en dernier lieu en tant que technicien pour un télésexeau jusqu'au 30 juin 2012, date pour laquelle il a résilié son contrat de travail et cessé son activité lucrative à la suite, selon ses propres déclarations, d'un état d'épuisement total. Il bénéficie de prestations de l'aide sociale depuis le 1^{er} mars 2015. Le 14 novembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant être atteint d'une encéphalomyélite myalgique et de dépression et précisant qu'entre les âges de 20 et 30 ans, son état de santé était gérable, qu'il ne l'était que difficilement entre 30 et 40 ans, et qu'il était devenu ingérable depuis l'âge de 40 ans. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des informations auprès de la généraliste, de la neurologue et de la psychiatre traitant l'assuré, ainsi que du dernier employeur de celui-ci et du service d'aide sociale compétent. Après avoir encore invité un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) à se prononcer sur le cas de l'assuré, l'Office AI Berne, par préorientation du 16 janvier 2017, a informé celui-ci qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, considérant qu'il ne présentait pas une atteinte à la santé diminuant de manière durable sa capacité de travail dans une activité entrant en ligne de compte pour lui.

B.

Le 30 janvier 2017, l'assuré a présenté ses objections face à la préorientation précitée, qui ont été complétées par un rapport de la psychiatre traitante du 11 mai 2017. Invité une nouvelle fois à se prononcer, le spécialiste du SMR, dans sa prise de position du 26 mai 2017, a préconisé une expertise en psychiatrie. L'expert psychiatre mandaté à cet effet a rendu son rapport le 11 septembre 2017. Sur cette base, l'Office AI Berne a adressé à l'assuré le 18 septembre 2017 une nouvelle préorientation l'informant qu'il envisageait toujours de rejeter sa

demande de prestation, considérant que selon l'expertise médicale du 11 septembre 2017, il ne présentait pas de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et que l'exercice de toute activité correspondant à sa formation et à ses capacités était possible et exigible. Nonobstant les objections formulées par l'assuré le 12 octobre 2017 et complétées par une lettre de soutien rédigée le 16 octobre 2017 par son nouveau psychiatre traitant, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation par décision formelle rendue le 18 octobre 2017.

C.

Le 20 novembre 2017, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru contre la décision précitée du 18 octobre 2017 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision, et requérant le bénéfice de l'assistance judiciaire pour les frais de justice et les honoraires de son avocate. Dans son mémoire de réponse du 21 décembre 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 9 janvier 2018, l'intimé a par ailleurs transmis au TA une prise de position du 13 novembre 2017 de la généraliste traitante du recourant face à l'expertise du 11 septembre 2017. Dans leurs courriers du 2 février 2018 (celui de l'intimé étant assorti d'une prise de position du même jour du SMR), les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. Le 12 février 2018, la mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 18 octobre 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette

décision et le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant conteste en particulier la valeur probante de l'expertise psychiatrique sur laquelle se fonde la décision attaquée, cette expertise n'ayant pas retenu de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail et ne contenant pas d'étude circonstanciée des points litigieux.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment légitimée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d 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). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement

et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

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

Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en corrélation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'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 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). 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; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

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 moyens de preuve 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). 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). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.1).

Les rapports du SMR (art. 49 RAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR. Pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires, ils ont une valeur probante comparable à celle 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). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

2.5 L'administration, en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.

A l'appui de la décision contestée du 18 octobre 2017, l'Office AI Berne a considéré en substance que l'expertise psychiatrique du 11 septembre 2017, qu'il estime détaillée, convaincante et ayant de ce fait une entière

force probante, n'avait pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré et que ce dernier ne présentait donc pas une atteinte à la santé diminuant de manière durable la capacité de travail dans une activité entrant en ligne de compte. L'intimé a dès lors conclu que l'exercice de toute activité correspondant à sa formation et à ses capacités était possible et exigible de la part du recourant. Dans sa prise de position du 2 février 2018 transmise au TA par l'intimé, le spécialiste en médecine interne et en rhumatologie du SMR chargé du cas du recourant souligne par ailleurs essentiellement que le diagnostic de syndrome de fatigue chronique (SFC) posé par les médecins traitants est tout à fait admis tant par lui-même que par l'expert psychiatre, mais qu'il ne s'agit pas là d'un diagnostic psychiatrique au sens de la catégorie F de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), s'agissant d'une atteinte neurologique (ch. R52.82 CIM-10). Il considère en substance que le problème n'est pas le diagnostic, mais de savoir s'il est invalidant chez l'assuré, question qu'il y a lieu d'évaluer au moyen des indicateurs standards développés par la jurisprudence, que l'expert avait examinés pour deux d'entre eux (comorbidités et complexe personnalité +/- sociale) dans son rapport du 11 septembre 2017. Le médecin du SMR précise aussi que le SFC n'est pas un diagnostic invalidant en lui-même, mais que ce côté invalidant doit être évalué au cas par cas, ce qui avait été fait en l'occurrence en mesurant les indicateurs standards au vu de l'entier du dossier. Il retient qu'à la lumière de ces indicateurs déterminants, le SFC du recourant n'est pas invalidant du fait que ses répercussions ne sont pas homogènes sur toutes les activités effectuées par l'assuré et surtout du fait qu'aucun traitement suivi n'a eu lieu jusqu'ici.

4.

Concernant l'état de santé et la capacité de travail du recourant prévalant le 18 octobre 2017, date déterminante (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1) à laquelle la décision contestée a été rendue, les éléments suivants ressortent en particulier du dossier.

4.1 Dans son premier rapport adressé le 14 décembre 2015 à l'Office AI Berne, la généraliste traitant le recourant a déclaré que son patient présentait un état de fatigue chronique depuis l'âge de 10 ans et un état anxio-dépressif depuis l'âge de 15 ans. Elle a indiqué que son patient vient d'une famille de dépressifs (maman, deux frères, une sœur) et qu'il a présenté une fatigue extrême qui l'a obligé à renoncer progressivement à tout travail puis à toute vie sociale, qu'il ne peut faire que deux à trois heures d'activité hors de son lit par jour et que sa capacité d'adaptation est très limitée par un état chronicisé depuis plus de 20 ans, l'état dépressif n'étant pas au premier plan, mais plutôt un état anxieux à l'idée du moindre changement, la fatigue empêchant par ailleurs tout traitement. Elle a posé un pronostic très mauvais, car l'état de l'assuré n'avait fait que se péjorer depuis 20 ans dans l'isolement et la fatigue, et a relevé qu'il avait un frère exactement dans le même état.

Dans un rapport ultérieur du 18 octobre 2016, la généraliste a précisé son analyse en diagnostiquant un SFC et constatant une fatigue sans état dépressif détectable, dont les symptômes consistaient en une fatigue psychologique et physique surtout dans le cadre d'activités sociales, le pronostic étant largement défavorable car le patient se projetait dans un isolement social total afin d'éviter d'aggraver sa fatigue. La praticienne a encore indiqué que son patient ne travaillait plus depuis l'âge de 40 ans et qu'aucune activité lucrative qu'il puisse tenir plus d'une heure par jour n'était exigible de sa part.

4.2 Dans ses deux rapports figurant au dossier, adressés d'une part le 15 février 2016 à une spécialiste en neurologie et médecin cheffe de clinique, qui a examiné le recourant par la suite, et d'autre part le 23 juin 2016 à l'intimé, la neurologue traitant le recourant a confirmé le diagnostic de SFC, qui existait depuis l'adolescence, et indiqué qu'il se traduisait par une fatigue et une fatigabilité cognitive et physique qui provoquait une diminution du rendement au travail. Résumant son anamnèse, elle a déclaré notamment qu'après son apprentissage d'électronicien TV, son patient n'avait jamais pu travailler à plus de 60% entre 20 et 30 ans, qu'il avait par la suite travaillé à 100% dans une fabrique horlogère durant deux ans, puis dans une entreprise de télécommunication durant 2 ½ ans, mais

qu'il avait dû à chaque fois démissionner en raison d'une fatigue envahissante. La vie quotidienne du patient est décrite par la praticienne, qui relève entre autres qu'au réveil, celui-ci peut être en forme ou fatigué et s'impose un lever pour prendre son petit-déjeuner puis se doucher, qu'il essaie de sortir durant la matinée, se recouche toutefois avant midi pour environ une heure, qu'il s'occupe et sort se promener durant l'après-midi, puis se recouche en fin d'après-midi, et signale qu'il doit lutter contre une fatigue non seulement cognitive mais également physique après deux heures de lever. Elle a constaté que la symptomatologie s'aggravait progressivement au point qu'il ne travaillait plus et n'avait quasiment plus d'interaction sociale. Elle a ajouté que plusieurs essais d'antidépresseurs avaient été tentés, toutefois avec de nombreux effets secondaires, que le patient se trouvait en retrait social et souhaitait une dernière tentative d'examens médicaux complémentaires, car son examen neurologique était dans la norme, de même que la prise de sang, l'électro-encéphalogramme et l'examen par résonance magnétique effectués.

La médecin cheffe de clinique de neurologie prénommée a examiné le 12 avril 2016 le patient qui lui avait été adressé par sa neurologue traitante. Dans son rapport du 23 avril 2016, elle confirme le diagnostic de SFC. Après avoir exposé l'anamnèse de l'intéressé, elle a établi une synthèse du cas dans laquelle elle a notamment relevé qu'il apparaissait que la fatigue présentée par le patient était essentiellement mentale et ne survenait que dans un contexte où il était confronté à des obligations sociales, mais que lorsqu'il se soustrayait à ces obligations et qu'il pouvait passer ses journées tranquillement, il décrivait pouvoir faire ses promenades et ses lectures sans fatigue ni somnolence diurne. La spécialiste a aussi déclaré avoir fait part au patient de l'interaction entre les facteurs psychologiques et corporels en insistant sur l'aide que pourrait apporter un soutien psychiatrique, par exemple par une thérapie cognitive ou comportementale, en vue de faire face à ses obligations sociales et de reprendre une activité de façon très lentement progressive, en gérant sa fatigue.

4.3 Invité par l'Office AI Berne à se prononcer sur la situation, le spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR, dans son premier rapport du 22 novembre 2016, a retenu le diagnostic principal de SFC posé

par la médecin cheffe de clinique de neurologie et considéré que ce diagnostic n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Il a déclaré qu'au vu du dossier de l'assuré, il n'existait aucun diagnostic formel d'atteinte à la santé psychique ou intellectuelle correspondant à la catégorie F de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Sur le plan neurologique, le spécialiste du SMR n'a constaté aucun déficit ni aucune limitation fonctionnelle objectivés par les deux neurologues ayant traité l'assuré, l'IRM cérébrale et l'EEG au dossier étant par ailleurs normaux. Il en conclut qu'en termes de médecine des assurances, comme il n'existe aucune limitation fonctionnelle objective attestée et objectivée, que ce soit somatiquement, psychiquement ou intellectuellement, une incapacité de travail significative de longue durée ne peut être justifiée. Le spécialiste du SMR poursuit son analyse du cas en exposant que le SFC, en tant que syndrome sans substrat d'atteinte organique à la santé, fait partie d'une classe de diagnostics dans laquelle il y a lieu d'évaluer le caractère invalidant de l'atteinte diagnostiquée au moyen des indicateurs standards applicables d'après la jurisprudence aux troubles psychiques et affections assimilées.

Procédant à cette analyse, le spécialiste a tout d'abord examiné la catégorie du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé. Il a nié la présence d'éléments objectifs qui permettraient d'évoquer la moindre gravité en termes fonctionnels, car il n'existerait pas en l'occurrence de processus dégénératif, inflammatoire ou destructeur laissant présager un mauvais pronostic, ni de prise en charge régulière de l'assuré au niveau psychiatrique, que ce soit en psychothérapie ou en suivi psychopharmacologique, l'assuré ayant, au vu du dossier, débuté un traitement qu'il a interrompu début 2014 après trois séances chez une psychiatre. De ce fait, selon le spécialiste du SMR, on ne pourrait admettre une résistance au traitement, car aucun traitement n'a été entrepris selon les règles de l'art. Il nie aussi la présence d'une comorbidité psychique, qui ne serait pas démontrée au dossier par les différents intervenants médicaux. Le praticien poursuit en considérant que la symptomatologie de l'assuré n'était pas rendue crédible par lui-même ou par ses médecins traitants, dans la mesure où il était dit que c'était l'idée même de devoir entreprendre des

démarches administratives qui fatiguait l'assuré. En ce sens, le médecin du SMR estime que la fatigue de l'assuré a un caractère sélectif, car elle serait moins perceptible dans les activités de type hobby. Selon lui, l'isolement social de l'intéressé décrit par sa généraliste traitante ne serait pas crédible, face à un assuré qui vit chez des amis et qui est soutenu par sa famille, qui a des contacts amicaux et se déplace jusqu'à Genève pour consulter une neurologue. Le médecin du SMR retient aussi qu'aucune aggravation d'une quelconque atteinte objective à la santé n'est identifiable dans tous les rapports médicaux au dossier et cite à cet égard le fait que lorsque l'assuré a quitté son travail en 2012, aucun événement médical particulier n'est mis au dossier. En outre, le médecin du SMR est d'avis que l'assuré montre de nombreuses ressources surtout au niveau intellectuel et cognitif, étant motivé par des sujets variés tels que l'histoire ou l'art, actif sur internet, envisageant aussi d'avoir ses propres plantations pour vivre de manière autonome et jouant également du piano. Au niveau de la catégorie du degré de gravité fonctionnel, le praticien conclut que les indicateurs conduisent à reconnaître qu'une atteinte objective à la santé est difficilement admissible.

Au niveau de la catégorie d'indicateurs relatifs à la cohérence, le spécialiste du SMR a derechef souligné que la fatigue de l'assuré avait un caractère sélectif, étant immobilisante face à tout ce qui est astreignant y compris les contraintes sociales possiblement soutenantes (assurance-chômage, recherche de travail, etc.), alors qu'en parallèle à cela l'assuré sort tous les jours pour des promenades allant au-delà d'une heure, a des projets nécessitant une cognition intacte comme la rédaction d'un roman, lit régulièrement sur des sujets qui l'intéressent tels que l'histoire, l'art ou la culture, et est actif sur internet. Le praticien considère qu'il existe donc des attitudes très différentes chez l'assuré en fonction des domaines d'activités de l'existence. Enfin, il ajoute que depuis presque quatre ans, l'assuré n'avait subi aucun traitement, quand bien même il lui fut conseillé de manière répétée d'être suivi à une consultation psychiatrique.

Sur la base de cette analyse détaillée, le spécialiste du SMR conclut que l'assuré peut travailler à 100% sans limitation de rendement, et ce dans le cadre de sa formation professionnelle.

4.4 A l'appui des objections émises le 30 janvier 2017 par l'assuré contre la première préorientation qui lui a été adressée par l'intimé le 16 janvier 2017, le médecin chef du service psychiatrique consulté par l'assuré a produit le 11 mai 2017 un rapport auprès de l'Office AI Berne. Il y atteste que l'assuré a consulté une praticienne à deux reprises, les 29 mars et 21 avril 2017, et qu'il avait déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire une première fois du 11 octobre au 3 décembre 2013, puis pour trois consultations en 2015. Après avoir relaté l'anamnèse du patient, le psychiatre a exposé le status psychique de celui-ci et retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère accompagné d'un état anxieux chronifié avec composantes psychosomatiques, le patient présentant un état d'aboulie, d'anhédonie, d'anergie, de retrait social et d'apathie chronique.

4.5 Sur ces entrefaites, le SMR, à nouveau consulté par l'Office AI Berne, a recommandé le 26 mai 2017 de procéder à une expertise psychiatrique. Le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie mandaté à cet effet a rendu son rapport le 11 septembre 2017.

En premier lieu, l'expert a examiné en détail l'état de santé de l'assuré en fonction de son examen personnel, du dossier, de la personnalité actuelle du patient et de son évolution. S'agissant des diagnostics, il a déclaré que du point de vue anamnestique, il n'avait pas décelé de signes ou de symptômes de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé et qu'il n'y avait donc pas d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique, ni de limitations fonctionnelles. Inversement, il a reconnu que l'assuré ne manifeste pas d'exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires. L'expert a relevé que le médecin chef du service psychiatrique consulté, dans le rapport du 11 mai 2017 mentionné ci-dessus, avait retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère à moyen, mais que les signes et symptômes décrits ne correspondaient pas aux critères correspondants de la CIM-10. Il a aussi précisé qu'au vu du dossier, le diagnostic retenu chez l'assuré est un SFC, qui est un diagnostic plutôt médical et n'a pas de corrélation en psychiatrie. Au niveau des ressources personnelles, l'expert a estimé que l'assuré était intelligent et qu'il disposait de telles ressources, présentant des capacités

fonctionnelles qu'il a fait valoir tout au long de sa vie, tout en concédant que ses capacités sont diminuées quand il est confronté à des situations contraignantes, notamment du point de vue social, mais sans que l'on puisse parler d'une véritable personnalité phobique.

Dans un deuxième temps, l'expert a exposé une anamnèse circonstanciée du recourant sur les plans personnel, familial, professionnel et médical, décrivant notamment la vie quotidienne et l'environnement de l'assuré et résumant tous les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier. Sur le plan des ressources disponibles et mobilisables, il a retenu que l'assuré est bien soutenu par son réseau social, notamment par des amis, qu'il est convaincu que sa problématique est d'ordre physique et qu'il nie toute causalité psychologique, motif pour lequel il n'est pas motivé à poursuivre une thérapie. A cet égard, l'expert a aussi relevé que l'assuré avait été suivi par un psychiatre tout au plus à quatre reprises et qu'il n'avait pas pris les médicaments qui lui avaient été prescrits.

S'exprimant ensuite sur la cohérence entre l'atteinte à la santé et le comportement de l'assuré, l'expert a déclaré qu'il n'y avait pas de divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, mais qu'il y avait par contre de fortes divergences apparues dans le dernier rapport du 11 mai 2017 du psychiatre consulté, qui avait vu l'assuré à deux reprises et qui parlait d'un trouble dépressif alors qu'aucun signe clinique et symptôme selon les critères de la CIM-10 n'étaient présents. Quant aux répercussions de l'état de santé, l'expert a indiqué que selon les dires de l'assuré, celui-ci est très handicapé à cause de sa fatigue quand il doit sortir et avoir des activités sociales, mais qu'il pouvait par contre promener le chien de ses colocataires [recte: propriétaires], jouer du piano et regarder la télévision.

Evaluant enfin la capacité de travail de l'assuré dans l'activité antérieure ou dans une activité correspondant à ses aptitudes, l'expert a conclu qu'en l'absence d'une atteinte à la santé à caractère handicapant du point de vue psychiatrique, l'assuré avait toujours été capable de travailler à 100%.

4.6 A la suite de la seconde préorientation du 18 septembre 2017, par laquelle l'intimé a informé le recourant qu'il entendait toujours rejeter sa

demande de prestations, le recourant a formulé ses objections dans un courrier du 12 octobre 2017 à l'Office AI Berne, assorti d'un article de deux spécialistes en la matière consacré au SFC, paru dans la Revue médicale suisse du 25 novembre 2015 et auquel il se réfère. A l'appui, son nouveau psychiatre traitant a adressé à l'Office AI Berne le 16 octobre 2017 une lettre de soutien. Il y indique que son patient est atteint d'un SFC, aussi connu comme encéphalomyélite myalgique, affection répertoriée au ch. R53.82 CIM-10, qui est une maladie chronique et invalidante sévère et se manifeste par une grande fatigue, un épuisement, une dysfonction cognitive, une intolérance orthostatique, un sommeil perturbé, des douleurs ainsi que des symptômes autonomiques persistants, péjorés avec une activité. Le psychiatre ajoute que la cause de cette atteinte reste inconnue et que les traitements existants présentent des résultats peu conséquents, le traitement standard pour le SFC consistant en un suivi psychiatrique-psychothérapeutique intégré, dont bénéficie le recourant. Le praticien regrette que l'expertise psychiatrique du 11 septembre 2017 n'émette pas de réflexion critique et ne contienne aucune discussion par rapport à ce diagnostic. Il est d'avis que l'expert psychiatre confond les critères diagnostics du SFC et se contente d'utiliser l'anhédonie, la sociabilité et la motivation de poursuivre un traitement psychiatrique comme éléments déterminants, alors que le SFC est un diagnostic objectif, basé sur une hétéro-anamnèse et des symptômes subjectifs du patient, comme la plupart des maladies psychiatriques et neurologiques. Il souligne aussi que la difficulté d'entrer en soins est typique pour cette maladie, et préconise une contre-expertise pluridisciplinaire psychiatrique et neurologique incluant une investigation neurocognitive, qui permettrait d'établir une qualité de réflexion supplémentaire afin d'établir un consensus et de clarifier le diagnostic ainsi que les limitations qu'il cause.

4.7 Dans un courrier adressé le 13 novembre 2017 à l'intimé et transmis par ce dernier au TA, la généraliste traitant le recourant a elle aussi contesté l'expertise du 11 septembre 2017. Elle fait notamment valoir que l'expertise, tout comme l'évaluation faite par le spécialiste du SMR, se base exclusivement sur le rapport du 23 avril 2016 de la cheffe de clinique de neurologie (voir ci-dessus c. 4.2), qui n'aurait vu son patient que l'espace d'une demi-heure et dont le rapport serait truffé d'inexactitudes dans son

anamnèse. Elle est aussi d'avis que l'expertise du 11 septembre 2017 contient quelques incohérences dont notamment les évaluations sur l'humeur dépressive de son patient, estimant de son côté que les critères diagnostics selon le ch. F32 CIM-10 sont remplis de manière largement suffisante pour poser ce diagnostic chez son patient. Concernant le diagnostic de SFC, elle résume différents critères diagnostics élaborés par la recherche médicale et expose que chez son patient, ils s'avèrent remplis au sens de la catégorie d'indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, développés par la jurisprudence pour l'évaluation du caractère invalidant de troubles psychiques et d'affections assimilées. Elle en veut pour preuve qu'en l'occurrence, la fatigue chronique décrite par le patient et le comportement de la personne sont totalement convergents. D'après elle, les sept pages de symptômes décrits par son patient dans ses objections du 12 octobre 2017 à la préorientation du 18 septembre 2017 sont typiquement caractéristiques d'un syndrome de fatigue chronique tel que le reconnaissent tous les spécialistes internationaux de ce syndrome. Elle souligne le fait que les plaintes du patient sont pour le moins peu démonstratives, puisque même l'état dépressif du recourant n'a pas été diagnostiqué par l'expert psychiatre, et que son patient peut ne voir personne durant plusieurs semaines, les contacts avec sa famille étant plutôt téléphoniques et le recourant ne voyant plus d'amis en dehors des parents de son ex-petite amie, ceci surtout lorsqu'ils viennent faire le ménage.

4.8 Invité une nouvelle fois par l'Office AI Berne à prendre position dans le cadre de la présente procédure, le spécialiste en médecine interne et en rhumatologie du SMR, dans une prise de position circonstanciée du 23 janvier 2018, a confirmé en substance son appréciation antérieure et s'est exprimé face aux différents avis émis par les médecins traitants du recourant et par rapport à l'expertise du 11 septembre 2017. Il souligne notamment à plusieurs reprises qu'il a retenu et admis le diagnostic de SFC, mais qu'il considère que ce diagnostic n'a pas de caractère invalidant à la lumière des indicateurs standards, du fait que les répercussions du SFC ne se font pas de manière homogène sur toutes les activités effectuées par l'assuré et surtout du fait qu'aucun traitement suivi n'a eu lieu jusqu'ici. A cet égard, il remarque que le recourant n'avance jamais que

son SFC est réfractaire au traitement, ce qui modifierait complètement l'approche de la situation, car les traitements n'ont pas été effectués dans la durée. Le médecin du SMR insiste sur le fait que le SFC n'est pas invalidant en lui-même, mais que le côté invalidant doit être évalué au cas par cas, ce qu'il a fait avec l'assuré, et que dans ce contexte, il faut toujours mesurer les indicateurs standards. Sur le plan des diagnostics posés, le spécialiste du SMR relève que les deux avis psychiatriques émis dans l'expertise du 11 septembre 2017 et dans le rapport du 16 octobre 2017 du nouveau psychiatre traitant convergent dans le sens qu'ils ne retiennent aucun diagnostic d'atteinte à la santé psychique de l'assuré, en termes de la catégorie F de la CIM-10. Il reconnaît certes qu'il n'est pas exclu que l'assuré développe ultérieurement une atteinte à la santé psychique, mais estime que personne ne peut prendre position sur ce point et avancer une hypothèse avec vraisemblance prépondérante. Le praticien remarque aussi que tous les somaticiens dans ce dossier (médecine générale, médecine interne, neurologie et rhumatologie) retiennent le diagnostic de SFC, et que le fait de ne pas retenir de diagnostic d'atteinte à la santé psychique fait sens puisque le diagnostic de SFC est un diagnostic internistique-neurologique et que la médecine interne est la discipline médicale la mieux à même pour apprécier la fatigue dans toutes ses dimensions, avec un diagnostic différentiel complet. Il estime dès lors que sur la base des avis médicaux au dossier, il a pu se faire une opinion complète des indicateurs standards qui ont été décrits dans ses propres rapports. Enfin, il conteste l'avis émis en dernier lieu par la généraliste traitant le recourant, selon lequel celui-ci avait suivi les traitements médicaux et les thérapies, car le recourant a déclaré lui-même à l'expert psychiatre qu'il n'avait pas pris les médicaments qui lui étaient prescrits, n'avait pas encore suivi de psychothérapie ciblée dans la durée et avait interrompu la physiothérapie.

4.9 Le recourant, dans son recours, sa réplique et sa prise de position du 2 février 2018, conteste l'appréciation de sa capacité de travail faite par l'Office AI Berne. Il invoque en substance que l'expertise psychiatrique du 11 septembre 2017 ne permet pas une appréciation de son état de santé à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants, car il ne serait pas possible de se faire une idée précise du degré de gravité des limitations fonctionnelles et de la cohérence, du point

de vue du comportement et des limitations retenues au niveau des activités dans les différents domaines de la vie. Il fait notamment valoir les avis médicaux de ses médecins traitants, en particulier le courrier adressé le 16 octobre 2017 par son nouveau psychiatre traitant à l'intimé décrivant les conséquences du SFC, et déclare que compte tenu de ces constatations, il semble très improbable qu'il ait les ressources nécessaires pour reprendre une activité professionnelle et que l'on doit admettre qu'en l'état actuel, il n'existe pas d'activité adaptée pour lui sur le marché du travail, même équilibré, puisque son exercice supposerait qu'il dispose de facultés d'adaptation qu'il n'a pas et des concessions irréalistes de la part d'un éventuel employeur. Il conclut que même en prenant en considération un large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et les services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations qu'il subit n'apparaissent pas suffisantes pour qu'il puisse mettre en valeur son éventuelle capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative, et que vu qu'il ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel.

5.

Au vu de l'ensemble du dossier, les critiques du recourant sont injustifiées. Dans leur ensemble et contrairement à l'avis du recourant, on doit admettre la force probante tant de l'expertise psychiatrique du 11 septembre 2017 que des deux rapports du SMR des 22 novembre 2016 et 23 janvier 2018.

5.1 S'agissant des rapports du SMR, ils remplissent les conditions formelles exigées par la jurisprudence, sous réserve de l'examen personnel de l'assuré. Or en l'occurrence, un tel examen personnel s'avérerait superflu, au vu des circonstances. En effet, l'expert psychiatre avait quant à lui procédé à un examen personnel du recourant dans le cadre de l'expertise du 11 septembre 2017, et les diagnostics et les constatations médicales retenus par le médecin du SMR, dont les qualifications, en tant que spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ne peuvent être mises en

doute, convergent avec l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier, mis à part un trouble dépressif récurrent évoqué dans un rapport du 11 mai 2017 par le médecin chef du service psychiatrique consulté par l'assuré et repris par la généraliste traitante dans son courrier du 13 novembre 2017. Or concernant ce dernier diagnostic, il faut souligner qu'il a été discuté et exclu de manière convaincante par l'expert psychiatre, qui a considéré que les critères idoines de la CIM-10 n'étaient pas remplis (voir ci-dessus c. 4.5). En outre, le rapport du 11 mai 2017 du médecin chef du service psychiatrique consulté cite certes ledit diagnostic, mais sans se référer à la CIM-10, et la généraliste traitante, dans son rapport antérieur du 18 octobre 2016, diagnostiquait expressément un SFC avec une fatigue psychologique et physique surtout dans le cadre d'activités sociales, sans état dépressif détectable. Enfin, le nouveau psychiatre traitant le recourant, dans son courrier à l'intimé du 16 octobre 2017, diagnostique exclusivement un SFC en exposant en détail les tenants et les aboutissants de cette affection, mais ne dit mot d'un trouble dépressif en tant qu'atteinte psychique. Mis à part le médecin chef du service psychiatrique dans son rapport précité du 11 mai 2017 et la généraliste traitante – et s'agissant de cette dernière, uniquement dans son courrier du 13 novembre 2017, rédigé après que la décision contestée ait été rendue et en réaction à l'expertise du 11 septembre 2017 –, tous les praticiens ayant été amenés à se prononcer sur le cas du recourant sont donc unanimes à retenir un SFC comme seul et unique diagnostic entrant en ligne de compte. Au surplus, il convient de tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Cela étant, il y a lieu d'admettre que la présence chez le recourant d'un trouble dépressif au sens de la CIM-10 ne peut être reconnue selon un degré de vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, tant l'expert psychiatre que le médecin du SMR ont tous deux procédé à une analyse détaillée et circonstanciée de l'évolution de l'état de santé du recourant sur la base des avis médicaux antérieurs. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert et du médecin du SMR sont motivées. Leurs conclusions respectives, tant sur le plan des diagnostics que de

l'exigibilité d'une activité adaptée et de la capacité de travail, se fondent sur une évaluation approfondie de la situation médicale du recourant par le biais des avis médicaux présents au dossier et sur l'analyse des indicateurs standards développés par la jurisprudence; elles restituent de manière claire l'ensemble des faits qui s'en dégagent. En particulier, il faut souligner que bien que le diagnostic de SFC n'entre pas dans le champ des affections psychiques en tant que tel et appartient bien plus aux troubles neurologiques (ch. R53.82 CIM-10, comme précisé par le nouveau psychiatre traitant dans son courrier du 16 octobre 2017), le TF a confirmé que, s'agissant d'une atteinte sans origine organique claire, le caractère invalidant du SFC devait être apprécié à la lumière des indicateurs en question (TF 9C_648/2017 c. 3.2.3. et références citées). Les conclusions de l'expertise du 11 septembre 2017 et celles du spécialiste du SMR sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes. En particulier, la conjonction de l'expertise psychiatrique du 11 septembre 2017 et des rapports du spécialiste en médecine interne et rhumatologie du SMR laisse apparaître que l'état de santé du recourant a été évalué dans son ensemble, sous l'angle de la globalité des atteintes à la santé entrant en ligne de compte. Le caractère non invalidant de l'atteinte du recourant à son stade actuel est justifié de manière convaincante par le spécialiste du SMR au vu des constatations médicales qu'il a retenues en faisant, notamment, la synthèse de tous les avis médicaux au dossier, sur la base des indicateurs standards élaborés par la jurisprudence, tout en prenant en compte les aspects personnels de la vie quotidienne tels qu'ils ont été exposés par l'intéressé lui-même dans plusieurs documents figurant au dossier. Face à cela, force est de constater que la prise de position de la généraliste traitante du 13 novembre 2017, à laquelle se réfère notamment le recourant, n'est pas à même de mettre en doute les conclusions du médecin du SMR, déjà exposées dans son rapport du 22 novembre 2016, puis confirmées et précisées dans sa prise de position en cours de procédure du 2 février 2018, élaborée sur la base de tous les avis médicaux au dossier, en particulier de l'expertise psychiatrique du 11 septembre 2017. Comme ce dernier l'a écrit et répété, il ne met nullement en doute l'existence du diagnostic de SFC dont souffre le recourant, mais parvient à la conclusion

que ce diagnostic ne présente pas, en l'état actuel au moment de la rédaction de sa prise de position, un caractère invalidant. Quant à la présence alléguée par la généraliste traitante d'une comorbidité psychiatrique en la forme d'un trouble dépressif, comme déjà relevé, elle ne peut être retenue en l'état, à la date de la décision contestée du 18 octobre 2017, n'ayant été diagnostiquée ni par l'expert psychiatre dans son rapport du 11 septembre 2017, ni par le nouveau psychiatre traitant dans son avis du 16 octobre 2017.

Au vu de ce qui précède, il convient dès lors d'admettre une pleine valeur probante à l'évaluation de l'atteinte à la santé du recourant et de son caractère non invalidant, telle qu'elle a été décrite par le médecin du SMR, notamment sur la base de l'expertise psychiatrique du 11 septembre 2017. Cela étant, contrairement à ce que voudrait le recourant, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations médicales supplémentaires, qui s'avèrent superflues.

5.2 Le recourant allègue aussi en substance que même en prenant en considération un large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations qu'il subit n'apparaissent pas suffisantes pour qu'il puisse mettre en valeur son éventuelle capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative, et qu'en tant qu'il ne peut plus exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel.

Certes, selon la jurisprudence, il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives (ATF 138 V 457 c. 3.1; SVR 2017 IV n° 64 c. 4.1, 2008 n° 62 c. 5.1). D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273 c. 4b; RCC 1991 p. 329 c. 3b). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander si elle pourrait

encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre sur un marché du travail équilibré (SVR 2016 IV n° 2 c. 4.4).

Cela étant, au vu des analyses des indicateurs standards faites par le médecin du SMR et par l'expert psychiatre dans leurs rapports respectifs, il faut admettre que la situation du recourant ne constitue pas un obstacle insurmontable pour trouver une place de travail sur un marché équilibré du travail. A cet égard, on remarquera en particulier le caractère fluctuant des répercussions de la fatigue du recourant selon la situation et les activités en cause, et le fait que ce n'est apparemment que depuis peu de temps avant que la décision litigieuse ait été rendue que le recourant avait repris un traitement psychothérapeutique régulier, qui est susceptible d'entraîner une amélioration de l'état de santé de l'intéressé s'il est suivi dans la durée. En conséquence, si le recourant poursuit durablement la prise en charge médicale adéquate qu'il semble avoir initiée, il faut conclure selon un degré de vraisemblance prépondérante que les handicaps qu'il connaît ne permettent pas d'évoquer une activité possible uniquement sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pas ou qu'elle nécessiterait des concessions irréalistes de la part d'un employeur moyen, et qu'il soit de ce fait d'emblée exclu de trouver un emploi correspondant (SVR 2011 IV n° 6 c. 4.2.4, 2008 IV n° 62 c. 5.2).

5.3 En l'absence d'une atteinte invalidante à la santé au sens du droit de l'assurance-invalidité, comme également retenu par l'intimé, il s'avère superflu de procéder à une comparaison des revenus avec et sans handicap – tous deux identiques ou à tout le moins pratiquement équivalents.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est

soumise à des frais de justice. Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

6.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

6.3.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances et des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de chances de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

6.3.2 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir pièces jointes à sa demande d'assistance judiciaire); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne les conditions matérielles de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'une mandataire professionnelle devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire et l'avocate qui a représenté le recourant durant la présente procédure est désignée en qualité de mandataire d'office.

6.3.3 Selon la note d'honoraires de la mandataire du recourant du 12 février 2018, ainsi que la pratique du Tribunal dans des cas comparables, s'agissant de fixer les honoraires en cas de mandat d'office assumé par un avocat ou une avocate travaillant pour un organisme de conseils juridiques reconnu au sens de l'art. 8 al. 2 de la loi fédérale sur la libre circulation des avocats (LLCA, RS 925.61), le montant dû par le canton au titre du mandat d'office est fixé à Fr. 1'105,85 (honoraires de

Fr. 968,50.- [soit 7,45 h à Fr. 130.-], débours de Fr. 58,30 et TVA de Fr. 79,05; tarif horaire de Fr. 130.- couvrant les seuls frais et pas un gain supplémentaire, voir la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales, accessible à partir du site internet du TA, rubrique "Téléchargements & publications"; voir aussi, a contrario, pour les avocats indépendants selon art. 8 al. 1 LLCA: ATF 132 I 201 c. 8.7).

6.3.4 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement 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 du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B._____, est désignée comme avocate d'office.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. La caisse du Tribunal versera à Me B._____ la somme de Fr. 1'105,85 (débours et TVA compris), au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

6. Le présent jugement est notifié (R):

- à la mandataire du recourant,
- 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 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).