

200.2017.582.AI

NIG/BEJ

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

**Jugement du 1<sup>er</sup> octobre 2018**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
G. Niederer, 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 17 mai 2017

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1972, marié, père de deux enfants nés en 2001 et en 2003, arrivé en Suisse en 1999, titulaire d'une autorisation d'établissement, n'a pas de formation professionnelle certifiée. Engagé en dernier lieu par une manufacture horlogère dès le 19 septembre 2000, il a effectué son dernier jour de travail le 19 juin 2002 et son contrat a été résilié au 31 août 2002, dans un contexte ayant débouché sur une procédure judiciaire et une incapacité de travail totale puis partielle, attestée dès la prise en charge psychiatrique en septembre 2002 (dossier [dos.] de l'assurance-invalidité [AI] 1, 10, 12 et 83 s.). Le 16 décembre 2003, il a déposé une demande de prestations pour adultes de l'AI, requérant une mesure d'orientation professionnelle ainsi qu'une rente, en indiquant souffrir de dépression. Saisi de la demande, l'Office AI Berne a notamment recueilli le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré, contenant en particulier les rapports médicaux des médecins ayant traité ce dernier. L'Office AI Berne a ensuite requis une expertise psychiatrique, qui a eu lieu les 2 septembre et 2 novembre 2004, et qui a conclu à l'existence d'une atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail. Sur cette base, l'Office AI Berne a reconnu le droit au placement de l'assuré par décision du 19 novembre 2004 et a mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle. Cette mesure s'est déroulée du 15 mars au 19 juin 2005 (dos. AI 26 p. 1) et a été suivie d'un réentraînement au travail jusqu'au 2 janvier 2006 (dos. AI 39 p. 1). Dans un rapport du 25 janvier 2006, après avoir pris connaissance du document final établi par l'institution chargée des stages, la division de réadaptation de l'Office AI Berne a conclu que l'assuré n'était ni susceptible de réintégrer le marché du travail, ni de suivre une formation en milieu protégé et a mis fin à la mesure. Sur le conseil du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a organisé une nouvelle expertise psychiatrique, dont le rapport du 18 août 2006 a conclu à une capacité de travail de l'assuré de 100% dès novembre 2004, à savoir trois mois après l'arrêt de la consommation d'alcool et de cannabis, dans une activité exercée en solitaire ou hors d'un environnement collectif serré. Sur

ce fondement, l'Office AI Berne a rendu une préorientation le 10 avril 2007 prévoyant l'octroi à l'assuré d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2003 au 28 février 2005. En dépit des objections formulées par l'assuré le 5 mai 2007, l'Office AI Berne lui a notifié une décision formelle identique à sa préorientation, le 24 août 2007.

## **B.**

Le 22 mars 2016, l'assuré, soutenu par le service social de la commune où il était alors domicilié, a adressé une nouvelle demande de prestations pour adultes de l'AI pour des mesures professionnelles, en mentionnant avoir subi une atteinte à sa santé psychique et fait une dépression suite à son licenciement. Après avoir invité l'assuré à rendre plausible une modification de l'état de fait depuis sa décision du 24 août 2007, l'Office AI Berne a informé le recourant, par préorientation du 20 octobre 2016, qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la demande de prestations. L'assuré a formulé des objections contre cette préorientation le 21 novembre 2016 et, dans le délai que l'Office AI Berne lui a imparti pour motiver et attester leur contenu, a encore produit, par l'intermédiaire de son psychiatre traitant, un certificat médical daté du 10 janvier 2017. Après avoir consulté le SMR sur la question d'une éventuelle aggravation des diagnostics à prendre en considération depuis la décision du 24 août 2007, l'Office AI Berne a notifié une nouvelle préorientation à l'assuré le 21 mars 2017, refusant à celui-ci tout droit à des prestations de l'AI faute d'atteinte invalidante à la santé. Le 17 mai 2017, l'Office AI Berne a rendu une décision formelle correspondant à cette préorientation.

## **C.**

Représenté par un avocat et par acte du 19 juin 2017, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision du 17 mai 2017. Sous suite de frais et dépens, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire. Le 5 juillet 2017, dans le délai qu'il avait

demandé et qui lui a été octroyé pour ce faire, le recourant a complété son recours, confirmant implicitement ses conclusions et produisant un nouveau courrier de son psychiatre traitant. Dans sa réponse du 31 juillet 2017, transmise au recourant par le TA le 4 août 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le mandataire du recourant a encore produit sa note d'honoraires par envoi du 8 août 2017.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'intimé du 17 mai 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant aux prestations de l'AI faute d'une atteinte invalidante à sa santé. Au vu des conclusions du recours, l'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur le renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire, le tout sous suite de frais et dépens. Deux points sont particulièrement critiqués par le recourant: premièrement, que l'intimé, en s'en remettant à l'avis de son SMR, n'ait pas suffisamment instruit sa demande de prestations et, deuxièmement, qu'il se soit basé sur une expertise réalisée il y a 11 ans qui ne résistait pas à l'examen déjà à l'époque.

**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 légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante pour l'incapacité de gain, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

**2.2** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible

(ATF 141 V 281 c. 3.7.1, 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** Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI, dès lors en effet que la notion légale d'invalidité distingue clairement l'atteinte à la santé dont souffre la personne assurée et l'incapacité de gain provoquée par cette atteinte. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. Certes, en présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2). Ce n'est que si et dans la mesure où ils entretiennent une maladie psychique devenue autonome ou aggravent ses conséquences – survenant elles-mêmes indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité – que les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent influencer indirectement l'invalidité (ATF 139 V 547 c. 3.2.2; SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Par ce biais, l'on tient dès lors compte des possibles interactions entre les troubles qui se manifestent sur les plans physique et psychique et l'environnement social, même si cela doit être compris de manière nettement moins étendue que dans le modèle bio-psychosocial constituant une conception souvent défendue par la médecine moderne (SVR 2008 IV n° 62 c. 4.2).

**2.4** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures

soient remplies (let. b). Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle. On déduit toutefois du principe de proportionnalité qu'il doit exister un rapport raisonnable entre l'utilité prévisible d'une mesure de réadaptation et ses coûts. Une faible atteinte à la santé peut déjà suffire à fonder un droit à la mesure lorsque celle-ci n'est pas particulièrement onéreuse (ATF 122 V 377 c. 2b/cc, 116 V 80 c. 6a, 115 V 191 c. 4e/cc).

## **2.5**

**2.5.1** A réception d'une nouvelle demande, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente, et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b).

**2.5.2** Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPG (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

**2.5.3** La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à

des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b).

## **2.6**

**2.6.1** 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). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

**2.6.2** 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. 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).

**2.6.3** L'administration, en tant qu'autorité de décision, et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6; SVR 2017 UV n° 20 c. 3.2).

### **3.**

Le fait que, dans la décision du 24 août 2007, la rente entière d'invalidité accordée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2003 ait été limitée au 28 février 2005 se fondait essentiellement sur les résultats d'une deuxième expertise psychiatrique du 18 octobre 2006, selon lesquels les diagnostics (sans répercussion sur la capacité de travail) d'un trouble anxieux et dépressif mixte (ch. F41.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) dans le cadre de difficultés liées à l'emploi et au chômage (ch. Z56 CIM-10), de même que d'une utilisation nocive pour la santé d'alcool (ch. F10.1 CIM-10) ainsi que de cannabis (ch. F12.1 CIM-10), étaient posés. D'après le rapport y relatif, en raison notamment de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré après que celui-ci avait mis fin à sa consommation d'alcool et de cannabis, il fallait considérer qu'il disposait d'une pleine capacité de travail depuis novembre 2004 (à savoir peu après les examens du précédent expert), pour une activité solitaire. L'intimé a tablé sur cette évaluation pour supprimer le droit à la rente qui, lui, se fondait essentiellement sur les conclusions auxquelles était parvenu le premier expert psychiatre dans un rapport du 9 novembre 2004, admettant une capacité de travail réduite, en tout cas de 50%, sous certaines conditions, depuis juin 2002 et retenant les diagnostics (avec effets sur la capacité de travail) d'un épisode dépressif moyen (ch. F32.1 CIM-10), d'un trouble des

impulsions (ch. F63.8 CIM-10) et d'un trouble de la personnalité – personnalité narcissique – (ch. F60.8 CIM-10), de même que (sans effet sur la capacité de travail) de difficultés liées à la situation familiale (ch. Z63 CIM-10), aux conditions économiques (ch. Z59 CIM-10) et à l'emploi, en relation avec le précédent employeur du recourant (ch. Z56 CIM-10). Figurait également au dossier un avis daté du 27 août 2003 d'un troisième psychiatre et psychothérapeute, sollicité par l'assureur perte de gain, dans lequel étaient posés les diagnostics d'un trouble panique (ch. F41.0 CIM-10), d'agoraphobie (ch. F40.0 CIM-10) et d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ch. F43.21 CIM-10). Selon ce dernier psychiatre, une longue incapacité de travail était vraisemblable (dos. AI 9 p. 8).

#### 4.

Quant à l'état de santé et la capacité de travail du recourant, s'agissant de la décision du 17 mai 2017, ils sont documentés par les éléments suivants.

**4.1** Le 10 janvier 2017, le psychiatre traitant du recourant a établi un rapport médical dans lequel il a attesté que le recourant bénéficiait depuis 2002 d'un traitement en soins psychiatriques, sous la forme d'une thérapie ambulatoire pluridisciplinaire intégrée. Le psychiatre a retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen, sans syndrome somatique; ch. F33.1 CIM-10), de troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (ch. F43.23 CIM-10), de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (ch. Z63.0 CIM-10) et d'autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (ch. Z63.7 CIM-10). En se référant à ces deux derniers diagnostics, le psychiatre traitant a en particulier expliqué que l'évolution de l'état de santé psychique du recourant a présenté de nombreuses fluctuations en raison d'événements familiaux impliquant son épouse et ses enfants. Bien qu'il ait objectivé une stabilisation de l'état de santé psychique du recourant, du fait de sa bonne compliance thérapeutique, le psychiatre a précisé que ce dernier ne pouvait toutefois pas être inséré dans le circuit économique actuel. Le spécialiste a encore indiqué que la

réalisation d'une formation adaptée aux difficultés du recourant lui permettrait d'être partiellement réinséré sur le plan social et économique. Sa capacité de travail pourrait alors progresser à 50%. Il a par conséquent recommandé la mise en œuvre de mesures professionnelles (dos. AI 92 p. 1).

**4.2** Dans son rapport du 14 mars 2017, le SMR, par l'intermédiaire d'une spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mis en lumière que le psychiatre traitant du recourant a retenu le diagnostic d'un trouble de l'adaptation provenant de causes figurant dans la catégorie de diagnostics "Z" de la CIM-10, qui mentionne les facteurs sociaux qui conduisent à un trouble de l'adaptation avec trouble des émotions. La spécialiste en a déduit que le psychiatre traitant établit lui-même que l'état psychique du recourant est influencé par des facteurs psychosociaux, ces derniers conduisant à des troubles de l'adaptation dont les effets sont limités dans le temps. Elle a encore souligné que le rapport du psychiatre, du 10 janvier 2017, ne contient aucune observation qui correspondrait à une dépression moyennement grave et a précisé que même si une telle dépression existait, elle serait susceptible d'être soignée et n'impliquerait pas une restriction durable et persistante du rendement. La spécialiste a aussi indiqué que bien que le recourant ait développé un trouble de l'adaptation avec un trouble des émotions en raison de facteurs psychosociaux, le pronostic en cours de traitement est favorable, selon le psychiatre, de sorte qu'une aggravation durable de la capacité de travail en raison de motifs médicaux n'est pas compréhensible (dos. AI 94 p. 3).

**4.3** Sollicité par l'avocat du recourant, le psychiatre traitant a encore pris position le 29 juin 2017, soit postérieurement à la décision attaquée. Dans son écrit, il a notamment confirmé la persistance des diagnostics retenus dans son dernier rapport et, pour l'essentiel, a remis en cause les arguments de la spécialiste du SMR, en soulignant qu'il suit pour sa part le recourant depuis plus de 15 ans, que la non-reconnaissance de ses troubles a un effet néfaste sur sa constitution psychique et que le recourant n'est pas responsable des traumatismes qu'il a subis (dos. AI 101 p. 4).

## **5.**

**5.1** Les motifs de la décision contestée du 17 mai 2017 reprennent en substance les conclusions de la spécialiste du SMR du 12 janvier 2017. A l'instar de cette dernière, l'intimé a retenu que le recourant n'a pas subi une atteinte à la santé pouvant entraîner une incapacité de gain, mais que son état psychique est dû à des facteurs psychosociaux, de sorte que les troubles dont il souffre ne sont pas couverts par l'AI, faute d'être associés à un diagnostic psychiatrique distinct, comme une dépression durable ou une souffrance psychique comparable. Dans sa réponse du 31 juillet 2017, l'intimé a ajouté qu'en raison de la thérapie suivie régulièrement par le recourant, on ne pouvait par ailleurs considérer que les possibilités de traitement étaient épuisées ou qu'il existe une résistance au traitement. De plus, selon l'intimé, une dépression invalidante nécessiterait un suivi psychiatrique plus étroit. En tant qu'on peut le comprendre, l'intimé a finalement souligné que selon la CIM-10, seules les catégories A00 à Y89 sont prévues pour des affections correspondant à la notion d'atteinte à la santé juridiquement pertinente.

**5.2** De son côté, le recourant fait valoir dans son recours qu'il subit des atteintes à la santé affectant sa capacité de travail ainsi que sa capacité de gain depuis 2002 et explique qu'en dépit du suivi constant et sérieux d'un traitement, son état psychique ne s'améliore pas mais, au contraire, s'aggrave. Il souligne aussi que la dernière expertise a été réalisée il y a 11 ans et affirme qu'elle n'est pas probante au regard de celle du premier expert, diligentée les 2 septembre et 2 novembre 2004. Le recourant critique en particulier l'avis du deuxième expert, dans la mesure où ce dernier retient que l'abstinence du recourant à l'alcool et au cannabis constitue une modification objective et notable. Le recourant relève aussi que cet expert est le seul à avoir considéré la consommation d'alcool et de cannabis comme un facteur ayant une influence sur la capacité de travail et qu'il ne s'est pas prononcé sur les évaluations de la capacité de travail émanant du centre de réadaptation professionnelle dans lequel il avait alors effectué un stage ainsi que de la division de réadaptation de l'intimé. Le recourant allègue enfin que l'avis du SMR sur lequel se fonde la

décision du 17 mai 2017 est sommaire et qu'il ne repose pas sur un examen sérieux de sa demande de prestations.

## **6.**

**6.1** En premier lieu, il sied de souligner que la décision du 24 août 2007 est entrée en force sans avoir été attaquée par le recourant. Dans la mesure où la reconsidération d'une décision relève du seul pouvoir d'appréciation de l'administration (voir art. 53 al. 2 LPGA) et qu'elle ne peut lui être imposée par une autorité judiciaire, le TA ne peut réexaminer le contenu de cette décision et, partant, le second rapport d'expertise sur lequel est basée cette dernière (voir aussi à ce propos: arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C\_517/2007 du 16 septembre 2008 c. 4.3). Cela vaut d'autant plus qu'une substitution de motifs dans le sens d'une reconsidération au niveau du TA ne serait en tous les cas envisageable que pour confirmer une révision de prestations (ATF 140 V 85 c. 4.2), ce qui ne correspond pas au contexte du présent litige, à savoir un rejet de nouvelle demande refusant toute prestation.

**6.2** Il est également constaté que l'intimé est entré en matière sur la demande du recourant après avoir reçu le certificat médical du psychiatre traitant du 10 janvier 2017. Cela étant et dans la mesure où cette question n'est pas litigieuse dans le cas présent, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce (voir c. 2.5.1 in fine).

## **7.**

**7.1** En l'occurrence, comme l'a tout d'abord indiqué à juste titre l'intimé dans la décision entreprise et dans sa réponse du 31 juillet 2017, les diagnostics établis par le psychiatre traitant du recourant, de "difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire", de même que "d'autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer" ne constituent pas en tant que tels des atteintes à la santé de nature

invalidante au sens de l'AI. En effet, les ch. Z00 à Z99 de la CIM-10 (chapitre XXI) recensent des facteurs influant sur l'état de santé ainsi que des motifs de recours aux services de santé autres que les maladies, traumatismes ou causes externes, classés dans les catégories A00 à Y89. Il s'agit plutôt de contextes de maladies (TF 8C\_131/2016 du 14 juillet 2016 c. 5.2, 8C\_14/2014 du 30 avril 2014 c. 4.2.4; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.1 [= TF 9C\_537/2011], 2008 IV n° 15 c. 2.2.2.2). Néanmoins, au regard de la jurisprudence (voir c. 2.3), on ne saurait pour autant exclure l'existence d'une atteinte invalidante du seul fait de la présence de facteurs sociaux défavorables, comme l'a fait l'intimé en suivant l'avis de son SMR. En effet, celui-ci s'est contenté d'exclure le caractère invalidant des troubles de l'adaptation, diagnostiqués par le psychiatre traitant du recourant, en mentionnant qu'ils étaient influencés par des facteurs psychosociaux. Le SMR est parvenu à cette conclusion sans se prononcer plus-avant sur l'origine de ces troubles et sans avoir instruit la question de savoir, par exemple, si d'éventuelles atteintes malades sont entretenues ou aggravées par de tels facteurs (voir c. 2.3). Ce faisant, on peine également à comprendre sur quelle base le SMR s'est fondé pour retenir que les effets des troubles de l'adaptation sont limités dans le temps, les interactions entre ces troubles, d'une part, et les facteurs psychosociaux, d'autre part, n'ayant fait l'objet d'aucune discussion. Pourtant, un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée figurait dans l'avis du psychiatre sollicité en 2003 par l'assureur perte de gain et les expertises de 2004 et 2006 abandonnaient l'aspect de l'adaptation pour ne plus retenir que celui de nature dépressive en parallèle à des affections d'autres types (troubles de la personnalité et des impulsions en 2004, problèmes d'addiction en résorption en 2006). Sur la base des documents au dossier, il ne peut donc être exclu qu'un nouveau trouble de l'adaptation soit apparu ou que l'effet des troubles de ce type déjà diagnostiqués ait évolué en atteintes dépressives à caractère chronique ou récidivant ou ait révélé encore d'autres affections. Il est à tout le moins intéressant de relever à ce propos que d'après les pièces figurant au dossier, les fluctuations de l'état de santé du recourant dépendaient initialement du ressenti de ce dernier par rapport à son licenciement (dos. AI 9 p. 3, 4, 6 et 8; dos. AI 11 p. 2, 12 p. 2, 16 p. 5 et 66 p. 9) et que, par la suite, les troubles ont été reliés à d'autres facteurs psychosociaux, familiaux et

économiques. Dès lors, le rapport du psychiatre traitant du 10 janvier 2017 ne permet pas d'exclure avec une vraisemblance prépondérante une évolution déterminante de la situation depuis la dernière expertise, que le SMR et, partant, l'intimé ne pouvaient simplement ignorer.

**7.2** Quant à l'avis du SMR relatif au diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, ce service souligne à juste titre que le rapport du psychiatre traitant du 10 janvier 2017 manque de précision à ce propos. En particulier, bien qu'il atteste de la persistance d'un état dépressif malgré un traitement d'au moins une consultation par mois suivi durant plus de 15 ans et ce en dépit d'une excellente compliance (dos. AI 101 p. 4), ce document ne se prononce pas sur l'intensité de ce trouble (il ne le fait d'ailleurs pas non plus en ce qui concerne les troubles de l'adaptation). Les autres pièces du dossier ne contiennent pas davantage d'informations à cet égard, s'agissant de la période ayant débuté après la demande de prestations du 22 mars 2016. Les expertises versées au dossier ont en outre aujourd'hui plus de 10 ans, comme le souligne à raison le recourant (voir p. 6 du recours). Ainsi, on ignore tout, à ce jour, de l'évolution et de l'intensité des atteintes depuis la décision du 24 août 2007, qui à compter de novembre 2004, se fondait sur un état de santé ne donnant plus droit à une rente, voire à toute prestation. Force est de ce fait de constater que la spécialiste du SMR ne disposait d'aucun élément lui permettant d'apprécier l'intensité des troubles du recourant et d'en tirer des conclusions à un degré de vraisemblance prépondérante par rapport à la situation qui avait justifié la suppression de la rente. Cela vaut d'autant plus que cette spécialiste n'a pas examiné personnellement le recourant, contrairement au psychiatre traitant de ce dernier. Par conséquent, bien que le rapport du SMR du 14 mars 2017 émane d'une spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, mais dans la mesure où les pièces au dossier ne fournissent pas une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et de l'état actuel, on ne saurait admettre que l'avis du SMR puisse l'emporter sur celui du psychiatre traitant du recourant (voir c. 2.6.2 et RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

**7.3** Finalement, on ne saurait en tous les cas souscrire à l'avis de l'intimé lorsqu'il se prévaut, dans son mémoire de réponse du 31 juillet

2017, du fait que la continuation du suivi psychiatrique démontre que les possibilités de traitement n'ont pas été épuisées et qu'il n'existe pas une résistance aux traitements. En effet, ces arguments font écho à une jurisprudence du TF aujourd'hui désuète (voir ATF 140 V 193 c. 3.3 et les références citées; TF 9C\_841/2016 du 8 février 2017 c. 3.1, 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 c. 4.2, 9C\_539/2015 du 21 mars 2016 c. 4.1.3.1, 8C\_104/2014 du 26 juin 2014 c. 3.3.4). D'une part, le caractère de maladie invalidante ne peut désormais être dénié à des troubles psychiques du seul fait qu'ils peuvent encore être soignés ou traités à plus ou moins longue échéance (voir déjà, à ce sujet: ATF 127 V 294 c. 4c). D'autre part, l'influence sur la capacité de gain des troubles dépressifs légers à moyens doit à présent être appréciée au regard de la grille d'évaluation normative et structurée prévue par l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 c. 4 et 143 V 418 c. 4 du 30 novembre 2017; voir aussi TF 9C\_77/2018 du 8 août 2018 c. 2.2 et 8C\_876/2017 du 15 mai 2018 c. 4.2), dans le cadre de laquelle la résistance à la thérapie ne constitue qu'un indicateur parmi les autres.

**7.4** En conclusion, le dossier ne permet ni d'exclure, ni d'admettre, avec un degré de vraisemblance prépondérante, la survenance d'une modification déterminante ainsi que, si un changement a eu lieu, le caractère invalidant (voire partiellement invalidant) des troubles subis par le recourant. L'intimé a dès lors violé son devoir d'instruction en refusant toute prestation au recourant en l'état actuel du dossier, en se contentant de l'avis de son SMR, certes spécialisé mais pas fondé sur des documents médicaux suffisants pour permettre d'effectuer, sur leur seule base, une synthèse fiable, en adéquation avec les exigences de la jurisprudence encore précisée dans l'intervalle. Il lui incombe par conséquent de clarifier l'état médical du recourant et son évolution pendant toute la période couverte par l'objet de la contestation, ainsi que par rapport à celui sur lequel se fondait la décision du 24 août 2007, par la réalisation d'une expertise établie selon les exigences de la jurisprudence (voir c. 2.6.2). Cette expertise (son volet psychiatrique s'il s'avère qu'une investigation pluridisciplinaire est nécessaire) devra notamment fournir des diagnostics motivés avec discussion des éventuels motifs d'exclusion et, en présence de diagnostics confirmés, proposer une appréciation du caractère

invalidant de ces derniers à l'aide de la grille d'évaluation structurée fondée sur le catalogue d'indicateurs résultant de la jurisprudence précitée.

## **8.**

**8.1** Sur le vu de ce qui précède, le recours est admis, la décision de refus de prestations AI du 17 mai 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

**8.2** Les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui est restituée.

**8.3** Le recourant, obtenant gain de cause dans la présente procédure (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2) et étant représenté par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 8 août 2017, qui ne prête pas flanc à la critique, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure, ainsi que de la pratique du TA, sont fixés à un montant de Fr. 2'970.10 (honoraires: Fr. 2'670.-; débours: Fr. 80.10; TVA: Fr. 220.-).

**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'intimé. L'avance de frais versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI versera au recourant la somme de Fr. 2'970.10 (débours et TVA compris) à titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

**Voie de recours**

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