**200.2017.621.AI**
N° AVS
BEP/REN

# Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

## Jugement du 25 mars 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

**A._____**
recourant

contre

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

intimé

relatif à une décision de ce dernier du 31 mai 2017

**En fait:**

**A.**

A._____, marié et père de famille né en 1953, ayant réalisé des gains soumis à cotisations en Suisse depuis 1974, selon son curriculum vitae (CV), est titulaire d'un diplôme de mécanicien de précision obtenu en 1970 et s'est formé en théologie dans plusieurs pays européens depuis 1973 pour obtenir un diplôme de pasteur d'une église évangélique suisse en 1980. Il a depuis lors réalisé, en tant que tel, des gains de hauteur variable, avec une interruption en 1997-1998. Depuis 1996, après une période de chômage, il a aussi réalisé d'autres revenus comme employé et comme indépendant dans le domaine de la construction. Enfin, de mai 2013 à avril 2014, il a travaillé au service d'une société immobilière. Depuis mai 2014, il a bénéficié de prestations de l'aide sociale (il avait déjà sporadiquement recouru à ce soutien dès 2008; pour ces informations, voir en particulier l'extrait du compte individuel de cotisations sociales [CI], le CV produit en août 2014 et le rapport du service social du 18 septembre 2014). Le 4 juillet 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant être atteint d'un burn-out depuis janvier 2014. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des informations auprès du généraliste et du psychiatre traitant l'assuré, ainsi que du dernier employeur de celui-ci et du service d'aide sociale compétent. Sur recommandation du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a encore organisé une expertise psychiatrique; l'expert mandaté à cet effet a rendu son rapport en date du 8 décembre 2016. Sur cette base, l'Office AI Berne a adressé à l'assuré le 19 janvier 2017 une préorientation l'informant qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Nonobstant les objections formulées par l'assuré personnellement le 10 mars 2017 et complétées le 13 avril 2017 par une mandataire, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation par décision formelle rendue le 31 mai 2017.

**B.**

Le 30 juin 2017, l'assuré, agissant avec le soutien de son beau-frère, également pasteur, a recouru contre la décision précitée du 31 mai 2017 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), concluant implicitement à son annulation et à l'octroi de prestations de l'AI. Dans son mémoire de réponse du 10 août 2017, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par réplique du 4 septembre 2017 et duplique du 26 septembre 2017, ainsi que dans leurs prises de position du 11 octobre 2017 (recourant) et 25 octobre 2017 (intimé), les parties ont réitéré leurs conclusions respectives.

**En droit:**

**1.**

**1.1** La décision du 31 mai 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le droit à une rente, voire à d'autres prestations. En plus de la motivation insuffisante de la décision attaquée, le recourant conteste l'instruction de sa demande menée par l'intimé, en particulier au niveau médical, qui n'a pas exploré tous les diagnostics possibles en fonction de son anamnèse personnelle et familiale au long cours.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.10]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

**1.4** Le 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).

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).

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2014 IV n° 2 c. 3.1, 2016 IV n° 2 c. 4.2).

**2.2** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). D'après l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1).

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2).

**2.3** Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

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

**2.5** 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).

**2.6** 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; TF 8C_867/2017 du 20 septembre 2018 [destiné à la publication] c. 3.2). 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.**

**3.1** En premier lieu, le recourant reproche en substance à l'intimé une motivation insuffisante et lacunaire de la décision contestée, qu'il considère comme étant uniquement dictée par des considérations économiques étrangères aux buts sociaux de l'AI et ne se rapportant pas à sa situation personnelle.

**3.2** L'obligation de motiver les décisions rendues représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101). Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiaux et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

**3.3** En l'occurrence, les réflexions qui ont guidé l'Office AI Berne dans son appréciation, même si mentionnées de manière succincte, figurent dans la décision contestée. On parvient en particulier à déduire de celle-ci

les raisons pour lesquelles ledit office a estimé que le recourant ne présentait pas une atteinte à la santé à caractère invalidant, nonobstant les conclusions de l'expertise psychiatrique qui lui atteste des périodes d'incapacité de travail en raison de son état de santé. Quant à savoir si l'intimé est parvenu à cette conclusion à juste titre est une question de fond, qu'il y a lieu d'examiner plus bas. De plus, ainsi que le démontre la motivation détaillée du recours, la réplique du recourant du 4 septembre 2017 et sa prise de position subséquente du 11 octobre 2017, le contenu de la décision du 31 mai 2017 a permis au recourant de se faire une idée de sa portée. La décision litigieuse comporte donc une motivation suffisante et le droit d'être entendu du recourant n'a, par conséquent, pas été violé (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

**4.**

**4.1** A l'appui de la décision contestée du 31 mai 2017, l'Office AI Berne a reconnu que le recourant souffrait de troubles psychiatriques, tels qu'ils ont été diagnostiqués dans l'expertise psychiatrique du 8 décembre 2016, mais a considéré en substance que cette atteinte à la santé qui avait provoqué l'incapacité de travail en cause était due à des facteurs de stress psychosociaux, qu'elle avait été passagère avec une évolution très positive sur un court laps de temps, ce qu'établissaient les ressources et le niveau d'activité dont le recourant faisait preuve dans la créativité musicale notamment. Prenant position sur les objections invoquées face à la préorientation du 19 janvier 2017, l'intimé a encore précisé que les diagnostics posés par l'expert psychiatre n'étaient pas invalidants, s'agissant d'un épisode dépressif, d'un trouble anxieux non spécifié en rémission et d'une personnalité à tempérament hyperthymique avec des traits passifs-agressifs. Dans ses écritures ultérieures, l'Office AI Berne a essentiellement maintenu l'argumentation déjà exprimée dans la décision en insistant sur l'aspect subjectif du ressenti du recourant et de son beau-frère qui, face à l'avis spécialisé de l'expert, ne saurait l'emporter au degré de la vraisemblance prépondérante.

**4.2** Pour sa part, le recourant, dans son recours, sa réplique et sa prise de position du 11 octobre 2017, fait essentiellement valoir une instruction de sa demande par l'Office AI Berne totalement lacunaire, ignorant son véritable état de santé, qui méritait une écoute et une étude approfondie de ses antécédents et de sa situation. Il souligne aussi notamment des parallèles existant entre celle-ci et le cas de son neveu, souffrant d'un syndrome d'Asperger diagnostiqué.

**5.**

Les documents médicaux figurant au dossier permettent de constater ce qui suit:

**5.1** Dans son premier rapport adressé le 14 août 2014 à l'Office AI Berne, le psychiatre traitant le recourant a indiqué que son patient présentait depuis des années des épisodes dépressifs et anxieux de manière récurrente, sans qu'il demande l'aide d'un médecin, en raison de situations de vie difficiles. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'un trouble anxieux non spécifié (ch. F33.2 et F41.9 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Les symptômes actuels décrits consistaient en une thymie sévèrement diminuée, une anhédonie, des angoisses, des troubles du sommeil, de la fatigue et de la fatigabilité, une diminution de l'attention, de la concentration et de la capacité de programmation avec une baisse de rendement et une incapacité d'assumer ses responsabilités professionnelles. Le praticien attestait à son patient une incapacité de travail totale depuis le 1er avril 2014 pour une durée indéterminée, probablement jusqu'à octobre-novembre 2014, avec une reprise du travail à un taux de 20 à 30% dès ce moment-là, et recommandait des mesures de réinsertion professionnelle dès que possible. Dans son rapport du 11 décembre 2014, le psychiatre traitant a par ailleurs attesté une incapacité de travail de son patient de 100% du 1er septembre au 31 octobre 2014 et de 80% dès le 1er novembre 2014 pour une durée indéterminée. Le 20 mars 2015, le praticien indiquait

une incapacité de travail de l'assuré de 70% à partir du 1er janvier 2015 pour une durée indéterminée et confirmait les diagnostics posés. Il précisait en outre que l'ancienne activité lucrative du patient était toujours recommandée, que son état psychique était en amélioration constante et, donc, sa capacité de travail ainsi que son rendement en augmentation, et qu'à son avis, la capacité de gain était entièrement récupérable, à condition de mettre en place une reprise graduelle du travail avec peu de responsabilités au début, dans un cadre soutenant.

**5.2** Le généraliste traitant, pour sa part, a diagnostiqué dans son rapport du 2 juillet 2015 à l'attention de l'intimé un état dépressif et déclaré qu'il connaissait le patient depuis janvier 2014 et l'avait vu à quatre reprises depuis lors, les traitements entrepris par ses soins consistant avant tout à des examens sanguins et à pallier une hypercholestérolémie. Le praticien a relevé que son patient avait décrit des problèmes psychiques correspondant à des symptômes de burn-out et de dépression, et qu'il s'était présenté à ses consultations dans un état toujours très tendu, dysphorique et faisant preuve d'un mode de pensée versatile, décrivant des difficultés personnelles dans son dernier emploi dans la construction qui l'aurait précipité dans une crise. Il confirme une incapacité de travail totale de son patient depuis le 1er avril 2014 pour une durée indéterminée, indique qu'aucune limitation professionnelle n'existe du point de vue somatique et laisse le soin au psychiatre de se prononcer quant aux limitations et à la capacité de travail résiduelle résultant des atteintes psychiques.

**5.3** Sur recommandation d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR du 13 juillet 2015, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique effectuée le 15 avril 2016. Dans son rapport d'expertise y relatif du 8 décembre 2016, le spécialiste mandaté par l'intimé n'a retenu aucun diagnostic actuel ayant une répercussion sur la capacité de travail, mais a indiqué, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur (éventuellement récurrent) de gravité sub-clinique à légère, un éventuel trouble anxieux non spécifié, en rémission, et une personnalité à tempérament hyperthymique avec des traits passifs-agressifs.

Dans son appréciation détaillée, l'expert estime que lorsqu'il l'a examiné, le recourant ne présentait plus les critères cliniques en faveur d'un épisode dépressif majeur de gravité moyenne à sévère, et qu'il n'y avait plus d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme, l'assuré investissant ses loisirs, notamment la musique, ayant une vie sociale et des relations très investies avec sa famille. Le praticien relève toutefois parfois une irritabilité, une certaine anxiété dès lors que le patient pense à sa situation financière et au litige juridique le concernant, celui-ci paraissant assez amer et parfois légèrement désabusé. Il estime que la notion de récurrence est assez difficile à retenir, car le patient est plutôt dans le déni de ses difficultés psychologiques, et que s'il a présenté des phases de dépression réactionnelle au conflit professionnel qu'il a connu, celles-ci semblent plutôt avoir été de brève durée et non incapacitantes, ne justifiant pas de prise en charge psychiatrique jusqu'en 2014. L'expert relève aussi que la recherche de phases hypomaniaques ou maniaques n'a pas été contributive, même si on peut dire que l'assuré présente une personnalité du registre hyperthymique. Sur ces bases, il conclut à un épisode dépressif majeur, éventuellement récurrent, de gravité sub-clinique à légère, en concordance avec les tests effectués. Par ailleurs, il déclare que rien n'indique que le patient présente un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale et que les éléments constatés rentrent dans le cadre d'une personnalité que l'on peut qualifier de tempérament hyperthymique, auquel s'ajoute une dimension de la personnalité avec des défenses passives-agressives, mais qu'il ne s'agit en tous les cas pas d'un trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'expert déclare que grâce à une prise en charge dans les règles de l'art par le psychiatre traitant, associant une psychothérapie très investie et une approche pharmacologique pointue, l'évolution a été largement favorable. Constatant que le psychiatre traitant attestait à son patient une incapacité de travail complète depuis le 1er avril 2014 et, malgré un pronostic favorable, ne retenait une reprise de l'activité qu'à 20% dès le 1er novembre 2014 et qu'à 30% dès le 1er janvier 2015, l'expert précise qu'il est difficile d'apprécier rétrospectivement la capacité de travail d'un sujet, surtout quand les éléments objectifs d'un dossier ne sont pas précis à cet égard. Il considère

qu'au vu de l'évolution au moment de l'expertise, on peut probablement imaginer qu'au plus tard en juin 2015, la capacité de travail de l'assuré était au moins de 50% dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, y compris comme pasteur, et qu'au plus tard le 1er janvier 2016, la capacité de travail doit être considérée comme entière, sans baisse de rendement véritable.

Enfin, répondant aux questions précises posées par l'intimé quant à la capacité de travail de l'assuré, l'expert conclut à une incapacité de travail complète depuis le 1er avril 2014, de 80% dès le 1er décembre 2014, de 70% dès le 1er janvier 2015 et probablement de 50% dès le 1er juin 2015 jusqu'au 31 décembre 2015. Depuis le 1er janvier 2016, il retient une pleine capacité de travail du recourant dans l'activité exercée habituellement.

**6.**

**6.1** Cela étant, à l'instar de l'intimé, dans son ensemble et contrairement à l'avis du recourant, qui considère que l'expert a bâclé son travail, on doit admettre la force probante du rapport d'expertise du 8 décembre 2016. Il remplit les conditions formelles exigées par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 2.5) et fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant de l'atteinte à la santé et l'évolution de cette atteinte, ainsi que ses répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Elaborée sur la base d'un entretien personnel avec l'assuré, que ce dernier estime avoir duré 30 minutes alors que l'expert décrit un long entretien (dossier [dos.] AI 73.1/21), de tests psychométriques et de l'ensemble du dossier médical, l'expertise comporte une anamnèse précise et très détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel, affectif et social ainsi que socio-économique. Les autres avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été largement retranscrits dans l'expertise, démontrant une étude fouillée et consciencieuse du dossier. L'expert, dont la qualification ne peut être mise en doute, a également soigneusement consigné les plaintes subjectives du recourant, tout comme les constatations objectives découlant de ses propres observations ainsi que ses évaluations diagnostiques très

détaillées. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert motivées. Ces conclusions, tant sur le plan des diagnostics que de l'exigibilité d'une activité adaptée et de la capacité de travail, se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré par le biais tant des avis médicaux antérieurs que des éléments rapportés à l'anamnèse et des plaintes subjectives exprimées, et restituent de manière claire l'ensemble des faits qui s'en dégage. Les conclusions de l'expert 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 lors de la genèse de l'expertise. Au vu du rapport, complet à tout point de vue, fourni à l'intimé, il s'avère à l'évidence que le temps consacré à l'entretien personnel, sur la base de la connaissance du dossier et l'expérience de l'expert était adéquat (SVR 2017 IV n° 75 c. 4.3, 2016 IV n° 36 c. 3.2.2). Au regard des conditions définies en la matière par la jurisprudence, pleine et entière valeur probante peut dès lors être reconnue à cette évaluation spécialisée.

**6.2** A l'attention du recourant, on relèvera en outre que son argumentation, selon laquelle il présenterait des traits autistiques semblables à ceux découverts chez son neveu, pour lequel le diagnostic de maladie d'Asperger a été posé, n'est aucunement étayée par le moindre indice de raisonnement d'un médecin; ni son psychiatre, ni son généraliste traitants n'ont jamais évoqué cette éventualité. Or, si des traits autistiques pathologiques, allant au-delà de simples traits de personnalité et étant susceptibles de constituer une atteinte à la santé, existaient véritablement chez le recourant, il ne fait pas de doute que tant son psychiatre traitant que l'expert mandaté par l'intimé auraient à tout le moins discuté cette éventualité. Dans ce contexte, il faut reconnaître que l'argumentation du recourant, soutenue par les considérations de son beau-frère évoquées à l'appui du recours, s'avère bien plus de nature philosophique et psychosociale que médicale, et ne saurait influer sur l'issue du présent litige, dans la mesure où elle n'est pas étayée par des avis médicaux fondés et ne peut dès lors établir l'existence, selon un degré de vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.6), d'une atteinte à la santé spécifique qui serait susceptible d'induire une incapacité de travail durable présentant un caractère invalidant. Il n'appartient pas à l'AI

d'élucider la cause possible de tous les comportements ayant conduit un assuré à des revers de fortune au-delà des diagnostics médicaux figurant au dossier.

**6.3** Au vu de ce qui précède, il convient d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé s'est écarté des estimations des périodes d'incapacité de travail faites par l'expert psychiatre aux fins d'évaluer selon ses propres critères la capacité de travail résiduelle exigible de l'assuré et lui refuser tout droit à une rente d'invalidité. Certes, l'invalidité est une notion de nature juridique qui ne coïncide pas nécessairement avec la notion médicale de la maladie ou de l'invalidité. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne peuvent néanmoins ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 140 V 193 c. 3.1 et 3.2 avec références).

**6.4** La lecture du rapport détaillé établi par l'expert en psychiatrie révèle que ce dernier, tant sur la base de sa propre analyse pendant la durée de l'expertise que des données biographiques et anamnestiques au dossier attestant un trouble dépressif significatif ayant influencé la capacité de travail de l'assuré depuis janvier 2014, a confirmé rétrospectivement essentiellement l'existence d'un épisode dépressif majeur, diagnostiqué pour la première fois par le psychiatre traitant le recourant depuis avril 2014 et ayant impliqué un suivi psychiatrique régulier depuis lors. En pleine connaissance de la retenue de la pratique de l'AI à reconnaître un caractère invalidant au diagnostic qu'il pose, il conclut néanmoins à une incapacité de travail complète du recourant depuis le 1er avril 2014 dans l'activité qu'il exerçait jusqu'alors, puis à une incapacité de 80% dès le 1er décembre 2014, de 70% dès le 1er janvier 2015, probablement de 50% à partir du 1er juin 2015, et enfin à une pleine capacité de travail dès le 1er janvier 2016, même après avoir également pris en considération les ressources de l'assuré et analysé la cohérence entre le dossier médical et son appréciation, et bien qu'il qualifie, au moment de l'expertise, l'épisode dépressif majeur (éventuellement récurrent) comme étant de gravité sub-clinique à légère.

Face à cette évaluation matériellement étayée et bien documentée, l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré que lui substitue l'intimé, sans apporter de motivation véritablement convaincante ni médicalement fondée, ne peut emporter conviction à un degré de vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.6). A cet égard, l'intimé se contente en effet de nier le caractère invalidant de l'atteinte à la santé du recourant en déclarant en substance que d'après la jurisprudence, un épisode dépressif et les troubles légers et moyens de la lignée dépressive ne présenteraient pas de caractère invalidant, ce qui serait en outre confirmé dans le cas présent par l'évolution largement et rapidement favorable de l'état de santé du recourant depuis le recours à la psychothérapie prodiguée par son psychiatre traitant. Or à cet égard, il faut d'abord souligner qu'il ne saurait être question d'une évolution rapidement favorable, dans la mesure où tant le psychiatre traitant que l'expert mandaté par l'intimé ont relevé que leur patient avait présenté depuis des années, de manière récurrente, des épisodes dépressifs et anxieux, sans consulter de médecin. En outre, le recourant a consulté son psychiatre traitant pour la première fois le 24 avril 2014, et s'il est vrai que le traitement entrepris a été couronné de succès, le rapport d'expertise du 8 décembre 2016 ne constate une pleine capacité de travail de l'intéressé qu'à partir de janvier 2016, soit près de 20 mois après le début du traitement.

Il est vrai que le Tribunal fédéral (TF) avait jugé qu'un caractère de maladie invalidante ne pouvait être conféré à une problématique psychique du cercle des troubles dépressifs de caractère léger ou au maximum de sévérité moyenne – qu'elle soit récurrente ou durable – que s'il est démontré qu'elle résiste au traitement (ATF 140 V 193 c. 3.3; TF 8C_489/2016 du 29 novembre 2016 c. 5.2 et références; voir aussi SVR 2016 IV n° 51 [= TF 8C_131/2016 du 14 juillet 2016] c. 5.3.1 et 52 [= TF 8C_13/2016 du 14 avril 2016] c. 4.2). Il est également vrai que selon une certaine jurisprudence, une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10) qui ne se manifeste pas avec un autre diagnostic, comme un trouble sévère de la personnalité par exemple, ne remplit pas les conditions légales d'une atteinte à la santé et que seule, elle n'est en règle générale pas invalidante (SVR 2011 IV n° 17 c. 2.2.2). Cependant, la jurisprudence relative aux troubles dépressifs a fait l'objet d'un revirement et le critère de la résistance

au traitement a notamment été abandonné, ainsi qu'il l'avait déjà été dans un jugement rendu en 2001 (ATF 127 V 294 c. 4c) du reste (ATF 143 V 409 = TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 c. 4.4). De même, il a été constaté que l'indication d'une intensité du diagnostic, qui peut faire partie du diagnostic lui-même (par exemple pour les troubles dépressifs légers, moyens ou graves, F32 et F33 CIM-10), n'est pas en soi décisive sur le plan juridique. En effet, le TF relève qu'un diagnostic sans information sur l'intensité de l'atteinte ne saurait exclure l'existence de répercussions fonctionnelles et, à l'inverse, un diagnostic en comprenant n'implique pas forcément des répercussions fonctionnelles marquées (ATF 143 V 418 = TF 8C_130/2017 également du 30 novembre 2017 c. 5). Ces arrêts arrivent ainsi à la conclusion (approuvée par les deux Cours de droit social du TF) que, désormais, tous les troubles psychiques (dont le diagnostic ne revêt en général pas un caractère d'une haute objectivité, ni sous l'angle des sciences naturelles, ni sous celui des tests psychologiques) doivent être soumis, pour l'appréciation de leur caractère invalidant, aux indicateurs d'évaluation structurée applicables aux troubles somatoformes douloureux et affections assimilées (dites "psychosomatiques", ce terme ayant été par ailleurs banni de la CIM-10) au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409 c. 4.3 et 4.5.1 et ATF 143 V 418 c. 4.1.2, 7.1 et 7.2). Le TF a aussi proscrit la scission des troubles psychiques dans l'analyse de leur caractère invalidant, ce dernier devant être apprécié au vu des répercussions de l'état de santé dans sa globalité sur la capacité de travail et de gain de la personne assurée (ATF 143 V 418 c. 8.1, 9C_596/2016 du 26 septembre 2017 c. 5.1).

Il s'ensuit que l'approche de l'intimé, consistant à éliminer tout d'abord les conséquences invalidantes des deux autres diagnostics retenus par l'expert (éventuel trouble anxieux non spécifié en rémission et personnalité à tempérament hyperthymique avec des traits passifs-agressifs) en arguant que l'un est en rémission et l'autre n'est d'emblée pas invalidant, pour ensuite nier en lui-même un caractère invalidant au diagnostic d'épisode dépressif majeur éventuellement récurrent de gravité sub-clinique à légère, ne peut être confirmée, eu égard à l'appréciation de la capacité de travail et de l'évolution de celle-ci dans le temps opérée par l'expert psychiatre. Il s'agit bien plus d'évaluer l'ensemble des répercussions de l'état de santé

de l'assuré sur sa capacité de travail et ce, en procédant à une pesée structurée des indicateurs au sens de l'ATF 141 V 281. Or, c'est précisément à ce résultat qu'aboutissent les conclusions du rapport d'expertise du 8 décembre 2016. Quand bien même, au moment où il s'est prononcé et pendant l'échange d'écritures, l'intimé ne pouvait avoir connaissance du fait que l'appréciation du caractère invalidant des troubles psychiques, notamment dépressifs, allait faire l'objet d'un revirement de jurisprudence le 30 novembre 2017, la décision litigieuse n'est pas entrée en force et doit être examinée, dans la procédure de recours, à la lumière de ce changement de pratique.

En outre, il faut constater que même si l'ancienne jurisprudence relative aux troubles dépressifs était déterminante, l'expert mandaté par l'intimé, en décrivant l'anamnèse du recourant et l'évolution de son atteinte à la santé depuis sa prise en charge par le psychiatre traitant, a spécifié sans équivoque que l'atteinte à la santé psychique constatée chez l'assuré avait entraîné une incapacité de travail totale depuis le 1er avril 2014, se réduisant progressivement et passant à une incapacité de 80% dès le 1er décembre 2014, de 70% dès le 1er janvier 2015, puis de 50% dès le 1er juin 2015, pour faire place à une pleine capacité de travail à partir du 1er janvier 2016. Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait considérer, d'une part, que l'expertise psychiatrique avait une entière valeur probante et qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une instruction médicale complémentaire, pour s'écarter ensuite des conclusions de l'expert relatives à la capacité de travail de l'assuré en se contentant d'affirmer que les diagnostics posés n'étaient de toute façon pas invalidants. En effet, comme déjà précisé plus haut, l'incapacité de travail constatée ne saurait être qualifiée de passagère, ayant duré environ 20 mois. Par ailleurs, l'expert motive ses conclusions en analysant en détail les répercussions de l'atteinte à la santé constatée sur les aptitudes et les capacités du recourant, ainsi que les limitations que l'atteinte en question provoque, de même que son évolution dans le temps, en fonction des diagnostics de l'atteinte (intensité, traitement, comorbidités), de la personnalité de l'assuré et ses ressources, du contexte social et de l'influence de celui-ci sur l'atteinte et les ressources, ainsi que la cohérence des observations et, notamment, la compliance (ATF 142 V 106, 141 V 281). Il en découle donc que, quand

bien même l'expert a rendu son rapport avant l'extension (arrêts du 30 novembre 2017) de la méthode d'analyse préconisée dans l'ATF 141 V 281 à tous les troubles psychiques, ses résultats sont fondés sur un raisonnement correspondant aux derniers standards jurisprudentiels. Les conclusions de l'expertise convergent de plus avec celles du psychiatre traitant.

**6.5** Il se justifie dès lors d'accorder une entière valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 8 décembre 2016 non seulement quant à son évaluation médico-théorique, mais aussi quant à son appréciation convaincante du caractère incapacitant de l'atteinte diagnostiquée. L'expert mandaté a procédé à cette évaluation selon le schéma structuré préconisé par la jurisprudence et le Tribunal ne peut que s'y rallier, sans nécessité de reprendre de façon détaillée toutes les étapes de l'analyse structurée (ATF 143 V 418 c. 7.1).

**7.**

**7.1** L'expertise psychiatrique retient notamment l'activité antérieure du recourant comme activité adaptée, et ce à 20% dès le 1er décembre 2014, à 30% dès le 1er janvier 2015, à 50% dès le 1er juin 2015 et à plein temps et sans diminution de rendement à partir du 1er janvier 2016. Par conséquent, le taux d'incapacité de travail médico-théorique s'avère en l'occurrence identique au taux de perte de gain subi et, partant, avec le degré d'invalidité. En effet, dans un tel cas, une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire pour procéder à l'évaluation de l'invalidité d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus; le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a, 107 V 17 c. 2d, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2).

**7.2** L'assuré a déposé sa demande de prestations le 4 juillet 2014. L'expert psychiatre atteste au recourant une incapacité de travail totale à partir du 1er avril 2014, de sorte qu'un droit à une rente peut prendre

naissance à partir du 1er avril 2015. A cette date, les délais des art. 29 al. 1 et 28 al. 1 let. b LAI (voir ci-dessus c. 2.2) étaient en effet échus. Il y a par conséquent lieu d'accorder au recourant un droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2015. Par la suite, d'après l'évaluation déterminante de la capacité de travail du recourant émanant de l'expertise, ce n'est qu'à partir du 1er juin 2015 que l'amélioration du taux de capacité de travail atteint un niveau justifiant une révision de la rente (voir ci-dessus c. 2.3), à savoir 50%, pour se maintenir à ce stade jusqu'au 31 décembre 2015, le recourant ayant entièrement recouvré au 1er janvier 2016 sa capacité de travail dans son activité habituelle ou toute autre activité adaptée. Il s'ensuit qu'il y a lieu d'abaisser la rente du recourant à une demi-rente dès le 1er juin 2015 (la capacité de travail du recourant s'étant, d'après l'expertise psychiatrique, déjà stabilisée à cette date dans cette mesure, de sorte qu'il n'y a pas lieu de faire application en l'espèce du délai de latence de trois mois au sens de l'art. 88a al. 1 phr. 2 RAI), et de mettre un terme au droit à la demi-rente au 31 décembre 2015.

**8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision contestée du 31 mai 2017 annulée dans la mesure où elle refusait au recourant tout droit à une rente. Une rente entière d'invalidité est allouée au recourant pour la période allant du 1er avril au 31 mai 2015, puis une demi-rente pour la période allant du 1er juin au 31 décembre 2015. Pour le surplus, le recours est rejeté. L'intimé fera procéder au calcul du montant des rentes dues au recourant.

**8.2** Au vu de l'ampleur du gain de cause partiel du recourant, portant sur l'octroi d'une rente échelonnée limitée dans le temps, alors que la décision contestée niait tout droit à une rente, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne par Fr. 400.- et à la charge du recourant par Fr. 400.- (art. 69 al. 1bis LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Le solde de l'avance de frais de Fr. 800.- du recourant lui sera restitué à hauteur de Fr. 400.- lorsque le présent jugement sera entré en force.

**8.3** Bien qu'obtenant partiellement gain de cause, le recourant n'a pas droit à l'octroi de dépens ou d'une indemnité de partie; il n'est pas représenté en justice par un mandataire professionnel et les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 104 al. 1 et 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision contestée est annulée dans la mesure où elle refuse au recourant tout droit à une rente d'invalidité. Une rente entière est allouée au recourant pour la période allant du 1er avril 2015 au 31 mai 2015 et une demi-rente pour la période allant du 1er juin 2015 au 31 décembre 2015. Pour le surplus, le recours est rejeté. L'intimé est enjoint de procéder au calcul de la prestation.

2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 400.- à la charge de l'Office AI Berne et par Fr. 400.- à la charge du recourant. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée à hauteur de Fr. 400.- lorsque le présent jugement sera entré en force.

3. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens ou d'indemnité de partie.

4. Le présent jugement est notifié (R):

   - au 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 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).