

200.2018.125.AI
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 1^{er} octobre 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 16 janvier 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1980, célibataire sans enfant, est titulaire d'un master en sciences et ingénierie de l'environnement et a travaillé en qualité d'ingénieur en environnement (chargé de projet) depuis 2010, d'abord à 100% puis, dès 2014, à 80%. Par un formulaire du 2 mai 2014 (reçu le 15 mai 2014 par l'Office AI Berne) et suite à une période d'incapacité de travail ayant débuté à la fin du mois d'octobre 2013 (d'abord à 100% puis à 70% et enfin à 50%, d'après ce document), l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI), en invoquant souffrir d'hypersomnie, de fatigue intense, d'un déficit de concentration et de céphalées.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des rapports médicaux des spécialistes consultés, d'un centre de réadaptation, ainsi que du service de neurologie d'un hôpital universitaire. L'Office AI Berne a aussi requis des renseignements du dernier employeur et des médecins traitants. Il a également consulté le Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui a délivré un rapport le 25 août 2014. Après résiliation du contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 août 2014, l'Office AI Berne a accordé à ce dernier un entraînement progressif au travail auprès d'un atelier de production et de réinsertion, du 19 janvier au 12 avril 2015, par communication du 14 janvier 2015. Cette mesure a été prolongée, le 7 avril 2015, jusqu'au 5 juillet 2015. En raison du départ de l'assuré à l'étranger pour y accomplir une mission humanitaire et après avoir consulté une nouvelle fois le SMR, l'Office AI Berne a interrompu la mesure par décision du 17 juin 2015, avec effet au 28 avril 2015, confirmant ainsi une préorientation identique datée du 5 mai 2015. A la date de la décision, l'Office AI Berne, qui a entre-temps obtenu de nouveaux rapports médicaux du médecin traitant ainsi que de l'hôpital universitaire précité, a rendu l'assuré attentif à son devoir de collaborer et

l'a invité à reprendre contact avec son spécialiste en réadaptation. Sur recommandation du SMR, l'Office AI Berne a ensuite diligenté une expertise psychiatrique auprès du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a délivré ses conclusions le 12 décembre 2015. Suite aux objections formulées par l'assuré le 6 mars 2016 (et complétées le 15 mars 2016 par la production d'un rapport psychiatrique d'un second hôpital universitaire) contre une préorientation du 12 février 2016 niant tout droit à des prestations, l'Office AI Berne, après avoir à nouveau sollicité l'avis du SMR, a organisé une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie/psychothérapie) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI; à savoir la Clinique C._____.). Alors que l'assuré avait entre-temps dû recourir à l'assistance des services sociaux (dès août 2016), le COMAI a rendu son rapport le 20 février 2017. Sur cette base et dans une décision du 16 janvier 2018, l'Office AI Berne a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant une préorientation prononcée en ce sens le 5 mai 2017 et ce en dépit des objections formulées par l'assuré le 3 mai (recte: juin) 2017.

C.

Par acte du 9 février 2018, l'assuré a recouru contre la décision du 16 janvier 2018 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant implicitement à l'octroi de prestations et à l'attente de nouveaux résultats d'examens médicaux. Le 23 février 2018, il a encore requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée aux frais de procédure). Dans son mémoire de réponse du 27 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant a répliqué le 23 avril 2018 et persisté dans ses conclusions. Bien qu'ayant demandé par trois fois la prolongation du délai pour compléter sa réplique en produisant un nouveau rapport médical, le recourant n'a pas versé ce document dans le délai prolongé par le TA les 25 avril, 23 mai et 6 juin 2018, ce qui a été constaté par ordonnance du 20 juillet 2018. Dans sa réplique du 8 août 2018, l'intimé a confirmé ses conclusions. Le recourant a finalement adressé un rapport médical au TA le 20 septembre 2018. L'intimé s'est prononcé à cet égard le 3 octobre

2018, dans le délai qui lui a été accordé pour ce faire. Cette prise de position a été communiquée au recourant par ordonnance du 4 octobre 2018.

En droit:

1.

1.1 La décision du 16 janvier 2018 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 sur l'octroi des prestations mentionnées dans la demande. Sont particulièrement critiqués par le recourant l'appréciation de son état de santé par l'intimé et le caractère prématuré du prononcé de la décision entreprise.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales 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 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 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). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence 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).

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). 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 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). 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).

2.3 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente. 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 d'ordre professionnel (ATF 116 V 80 c. 6a).

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 professionnels (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 preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision contestée du 16 janvier 2018, l'intimé a essentiellement retenu que le recourant a présenté passagèrement des problèmes de santé mais que ceux-ci étaient en rémission grâce à un traitement approprié. L'intimé a en outre considéré qu'il n'existait aucune diminution de la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant en tant qu'ingénieur en environnement. L'intimé a aussi rappelé que tant l'expertise psychiatrique réalisée en 2015 que l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre en 2017 ont conclu à l'absence d'une atteinte à la santé présentant des répercussions durables sur la capacité de travail. Il a par ailleurs relevé que les experts ont également indiqué qu'il existait des contradictions entre les maux rapportés par le recourant, d'une part, et les

activités effectuées par celui-ci, d'autre part. A cet égard, l'intimé a en particulier mentionné que le recourant a été en mesure d'effectuer plusieurs missions humanitaires. Dans sa réponse du 27 mars 2018, l'intimé a encore expliqué que, dans la mesure où aucun diagnostic présentant des effets sur la capacité de travail n'a été retenu par les experts consultés, il n'était pas nécessaire d'examiner les indicateurs découlant de la jurisprudence. L'intimé a ajouté que même s'il fallait néanmoins procéder à un examen de ceux-ci, il n'en résulterait aucune invalidité. S'agissant du diagnostic de caractère autistique (Asperger) retenu par le service psychiatrique d'un hôpital universitaire le 12 septembre 2018, l'intimé a encore déclaré que le seul diagnostic n'était pas déterminant pour l'appréciation du droit aux prestations mais qu'il y avait lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles effectives. Or, d'après l'intimé, ces dernières ont été établies à suffisance par l'expertise pluridisciplinaire, qui s'avère probante et qui permet d'exclure la présence d'une invalidité au sens de la loi.

3.2 Dans son recours du 9 février 2018, le recourant a d'abord confirmé le contenu de ses objections du 3 juin 2017, dans lesquelles il contestait que ses problèmes de santé étaient en rémission, que sa capacité de travail n'était pas altérée et soutenait que son manque d'énergie chronique était invalidant au point d'affecter ses facultés de concentration. Le recourant a ensuite expliqué que ses facultés de concentration et d'endurance ont été ravagées par la maladie et par les effets secondaires de ses traitements par électro-convulsivothérapie (ECT). Il a aussi précisé qu'il ne substituait pas ses activités humanitaires à son devoir de rechercher un travail et déclaré qu'il n'était plus en état d'exercer une activité lucrative depuis la perte de son emploi. Il a certes relevé avoir réussi, en profitant de périodes durant lesquelles son état de santé était favorable, à accomplir une mission de deux semaines au Népal, à assister à un séminaire de trois jours aux Etats-Unis à la fin d'une première série de traitements qui avait amélioré son état de santé, de même qu'à suivre un cours d'une journée en Allemagne dans la phase finale de ceux-ci. Le recourant a toutefois affirmé que son état physique et psychique était mauvais et insuffisant à une réinsertion sur le marché de l'emploi. Il a encore avancé que les analyses en cours démontraient qu'une décision

définitive de la part de l'intimé était prématurée. Dans sa réplique, le recourant a ajouté qu'il présentait des capacités d'intégration sociale limitées qui lui causaient de l'angoisse et de la fatigue depuis son enfance. Il a ajouté que ses troubles s'étaient aggravés ces dernières années, en particulier après la perte de son emploi, ce pourquoi le traitement par ECT avait été mis en œuvre. Le recourant a précisé que ce dernier n'avait pas été de nature à le remettre en état de travailler mais permis de faire face à des blocages nerveux. Dans sa duplique, le recourant a enfin avancé que le diagnostic finalement retenu de syndrome d'Asperger décrivait ses problèmes et que ces derniers justifiaient une prise en charge par l'AI.

4.

L'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail sont illustrés au dossier par les éléments principaux suivants.

4.1 Le recourant a été pris en charge par un centre de réadaptation médicale et neurologique du 12 février au 8 mars 2014. Selon le rapport établi par ce dernier le 12 mars 2014, le diagnostic principal de déconditionnement physique avec une limitation de la mobilité, de diminution de la force et d'autonomie en présence d'un état d'épuisement chronique d'étiologie inexplicée a été posé. Les diagnostics (secondaires) de dépression chronique, de trouble chronique de l'anxiété avec un épuisement physique et des crises de panique, ainsi que d'agoraphobie (depuis 2003) ont en particulier aussi été retenus, de même que de maladie de Bechterew (en 2008/2009), d'hernie hiatale avec œsophagite (en janvier 2013), ainsi que de status après plusieurs petites infections, une crise d'épilepsie juvénile, de l'asthme à l'effort et une bursite au coude gauche (en 2008). D'après ce document, la réhabilitation a eu pour but d'améliorer la force et l'endurance, ainsi que de renforcer la confiance en soi du recourant. Une incapacité de travail à 100% a été attestée du 12 février au 16 mars 2014 (voir aussi dossier [dos.] AI 4/5 et 10/1) et une réinsertion à un taux de 30% a été recommandée.

4.2 Dans un rapport établi le 20 mars 2014 par un spécialiste en pneumologie et en médecine interne, les diagnostics d'hypersomnie

variable dans le temps (depuis 2008), de troubles respiratoires du sommeil de degré léger, de spondylarthrite ankylosante (diagnostiquée en 2000), d'épilepsie dans l'enfance, d'obésité de classe 1, d'état dépressif avec anxiété généralisée, de phobie sociale dans l'adolescence et d'œsophagite peptique aiguë de stade 2 ont été retenus. Ce spécialiste a mentionné que le recourant présentait une anamnèse très intrigante avec des épisodes transitoires d'hypersomnie et d'hyper-somnolence diurne majeures accompagnés de sévères troubles de la concentration ainsi que de la mémoire, de même qu'une apathie empêchant toute activité professionnelle. Suspectant un syndrome de Kleine-Levin, il a notamment sollicité l'avis d'un spécialiste du sommeil et d'un neurologue.

4.3 Une spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie a produit un rapport daté du 1^{er} juillet 2014. Elle y a posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de dépression (depuis au moins 2008), d'épuisement chronique en cours d'investigation, ainsi que (sans effet sur la capacité de travail) de spondylarthrite ankylosante. Cette médecin a expliqué que le recourant souffrait de fatigue, de somnolence diurne et de troubles de la concentration, en précisant que ces symptômes étaient très handicapants et qu'ils diminuaient fortement le rendement ainsi que les performances du recourant dans son activité professionnelle. Elle a indiqué que cette dernière était encore exigible mais à temps partiel. Les activités physiques ont été jugées possibles mais avec une tolérance réduite en raison de la spondylarthrite ankylosante. De plus, les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance ont été réputées limitées. Le pronostic a été jugé plutôt défavorable et une incapacité de travail à 70% a été attestée du 8 au 16 mars 2014, puis à 50% jusqu'au 1^{er} juillet 2014.

4.4 Le psychiatre du recourant s'est prononcé le 10 juillet 2014 et a retenu les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) d'hypersomnie variable et de suspicion de maladie de Kleine-Levin (dès 2008), de trouble dépressif récurrent depuis 2003, actuellement modéré avec somatisations (selon le ch. F33.11 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), de trouble anxieux avec agoraphobie, phobie sociale et épisode d'anxiété paroxystique (ch. F4001 [recte: F40.01] CIM-

10) depuis l'adolescence, de spondylarthrite ankylosante (diagnostiquée en 2000) et de troubles respiratoires du sommeil de degré léger (depuis 2014). Il a aussi posé les diagnostics (sans effet sur la capacité de travail) d'obésité de classe 1 (depuis quelques années), d'œsophagite peptique de stade 2 (depuis 2013) et d'épilepsie dans l'enfance. Ce médecin a écrit que la phobie sociale était très importante et invalidante. Il a ajouté que le recourant souffrait d'épisodes de fatigue extrême qui duraient de plus en plus et prenaient un caractère invalidant. Il a mentionné que le recourant a présenté des pics d'anxiété paroxystiques en abordant notamment certains thèmes telle l'exposition à propos de sa phobie sociale. Selon le médecin, le recourant était encore sujet à de la fatigue et ne parvenait pas à travailler à plus de 40-50% même lorsqu'il se sentait bien. Le rendement a été jugé nul durant les épisodes d'épuisement. Selon ce spécialiste, l'activité était alors exigible à 30-40% en fonction de la survenance de ces épisodes. Une reprise progressive du travail a été estimée envisageable à 40% dès juillet 2014. Le pronostic a été réservé et une incapacité de travail à 50% a été attestée du 23 juin au 10 juillet 2014.

4.5 Le 13 novembre 2014, après une hospitalisation du recourant du 2 au 4 septembre dans le service de neurologie d'un hôpital universitaire (en raison de périodes d'asthénie récurrentes) et suite à la réalisation d'une polysomnographie par le centre d'investigation et de recherche sur le sommeil de ce dernier (les 20 et 21 octobre 2014), celui-ci a posé le diagnostic de somnolence diurne subjective dans le cadre d'un trouble de l'humeur. Dans cet écrit, il a indiqué que l'hypothèse d'un syndrome de Kleine-Levin a été écartée par le service de neurologie, en faveur d'un trouble de l'humeur (épisodes récurrents d'asthénie dans un contexte de dépression sous-jacente, ainsi que trouble dépressif avec composante somatique sévère, pouvant s'inscrire dans un trouble bipolaire, voir dos. AI 58/9-11). Il apparaît aussi que les diagnostics de somnolence diurne objective et d'hypermotilité centrale ont été écartés (voir aussi dos. AI 58/6). Selon cet écrit, le recourant ne serait plus capable de travailler que quelques heures sur mandat de son employeur.

4.6 Un spécialiste du service de neurologie de l'hôpital universitaire précité a encore délivré un rapport le 21 novembre 2014. Il y a retenu les

diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de spondylarthrite ankylosante, de trouble dépressif récurrent (selon le ch. F33 CIM-10), d'anxiété généralisée (selon le ch. F41.1 CIM-10), d'épisodes récurrents d'asthénie dans un contexte dépressif et de spondylarthrite ankylosante sous-jacents (le tout depuis 2000). Ce spécialiste a retenu que le status neurologique était normal mais que le recourant souffrait d'asthénie et de douleurs pouvant altérer ou empêcher partiellement le travail.

4.7 Le recourant a commencé une mesure d'entraînement au travail dans un atelier de production et de réinsertion le 19 janvier 2015 (voir dos. AI 25 et 31). Le 19 février 2015, ce dernier a informé l'intimé que lors du premier mois, le recourant n'avait fait l'objet d'aucune absence ni retard, qu'il participait, collaborait et réalisait ce qui lui était demandé. Le recourant aurait toutefois, selon le rapport, éprouvé des difficultés dans ses relations de groupe, ne discutant pas et demandant à ses collègues de ne pas lui adresser la parole. Il est aussi précisé que le recourant a en outre déclaré avoir du mal à gérer le bruit qui l'entoure et expliqué devoir dormir plusieurs heures à son retour chez lui (dos. AI 44). Dans son rapport intermédiaire du 13 avril 2015, l'atelier de production et de réinsertion a souligné que le recourant s'était aussi plaint de fatigue, amplifiée par le fait de côtoyer un grand nombre de personnes, de difficultés à se réveiller et de douleurs physiques (rhumatismes). Il ressort encore de ce document que le recourant a respecté le temps de présence journalier convenu (4 heures), qu'il s'est appliqué, a fait preuve de motivation, de volonté et qu'il a par la suite entretenu de bons rapports avec ses collègues ainsi qu'avec le personnel d'encadrement. Il est estimé que bien que le recourant présente les aptitudes nécessaires à une réinsertion dans l'économie libre (atteignant un rendement d'environ 90% par rapport à celle-ci), sa résistance physique et psychique mériterait d'être encore évaluée. Une prolongation de la mesure a donc été proposée (voir aussi dos. AI 59).

4.8 Suite au départ du recourant en mission humanitaire (voir dos. AI 52) et dans un écrit du 15 mai 2015, le psychiatre de ce dernier a posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) d'hypersomnie variable depuis 2008 avec des pics d'épuisement très invalidants ressemblant à une maladie de Kleine-Levin (ch. F51.9 CIM-10), de trouble anxieux avec

agoraphobie, phobie sociale et épisodes d'anxiété paroxystiques (ch. F4001 [recte: F40.01] CIM-10), ainsi que de trouble dépressif récurrent (actuellement modéré avec somatisations; ch. F33.11 CIM-10). A propos de cet élément, il a retenu le diagnostic différentiel de suspicion de trouble affectif bipolaire de type 2, épisode actuel de dépression (ch. F31.30 CIM-10). Il a aussi précisé que les autres diagnostics (spondylarthrite ankylosante, troubles respiratoires du sommeil de degré léger, obésité de classe 1, œsophagite peptique de stade 2 et épilepsie durant l'enfance) n'influençaient la capacité de travail que dans une faible mesure. Il a ajouté que la sévérité des symptômes rendait nécessaire un suivi régulier et que celui-ci avait permis d'éviter des hospitalisations ainsi que de maintenir une certaine insertion sociale. Il a conclu que le recourant ne pouvait plus exercer d'activité dans l'économie libre, réservant son pronostic et attestant une incapacité de travail à 70% dès le 15 mai 2015, avec des périodes d'incapacité à 100%.

4.9 Après le retour du recourant et sur le conseil du SMR (dos. AI 61), une expertise psychiatrique a été réalisée le 10 décembre 2015 et ses conclusions retranscrites le 12 décembre 2015. Selon celles-ci, l'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent en rémission (ch. F33.4 CIM-10; depuis 2009) et de troubles du sommeil non organiques, sans précision (ch. F51.9 CIM-10; depuis 2008). Il a toutefois exclu que ceux-ci affectent la capacité de travail. L'expert a mentionné que le recourant était proche du seuil diagnostic d'un trouble de la personnalité mais sans l'atteindre pour autant. Il a néanmoins admis qu'il présentait une fragilité constitutionnelle et psychique, ajoutant qu'il était probable qu'il présente une structure de personnalité psychotique. L'expert a aussi expliqué que le recourant ne remplissait pas les critères pour atteindre le seuil diagnostic d'un épisode dépressif, même de degré léger, ni d'une dysthymie, évoquant notamment l'absence d'humeur dépressive, d'idées suicidaires, de perte de poids ou de l'appétit, ainsi que de l'énergie, de l'élan vital et de l'aptitude à penser. L'expert a aussi exclu les diagnostics de trouble affectif bipolaire, d'anxiété généralisée, de trouble panique, d'agoraphobie, de phobie sociale, de neurasthénie ou encore l'existence d'une autre pathologie. Enfin, il a fait part des éléments de pronostic favorables et défavorables, relevant aussi des divergences importantes

entre les plaintes rapportées et les constatations objectives. Dans ses conclusions, l'expert a nié la présence de limitations fonctionnelles et retenu que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il a finalement mentionné que des mesures de réadaptation étaient exigibles.

4.10 Avec ses objections du 6 mars, complétées le 15 mars 2016, le recourant a produit un rapport d'une clinique universitaire psychiatrique/psychothérapeutique. Dans cet écrit, du 14 octobre 2015, les diagnostics de phobie sociale (ch. F40.10 [recte: F40.1] CIM-10) et de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen (ch. F33.1 CIM-10) ont été retenus. S'agissant de ce dernier élément, le diagnostic différentiel de trouble affectif bipolaire a été posé. De plus, d'après l'anamnèse découlant du dossier, le diagnostic d'agoraphobie sans trouble panique a été relevé (ch. F40.00 CIM-10). Ce document explique que le recourant a présenté une humeur dépressive, un entrain fluctuant, des idées suicidaires et un retrait social. Celui-ci serait en outre sujet à une tendance à la fatigue physique depuis l'âge de 19 ans, qui se manifesterait par des crises impactant la force et la concentration. Une ECT a dès lors été préconisée et a eu des effets bénéfiques (dos. AI 78).

4.11 Une psychiatre/psychothérapeute du SMR s'est prononcée le 6 juin 2016 et a rappelé qu'avant ses objections (dans lesquelles le recourant a notamment indiqué être très limité dans ses activités quotidiennes, dépendre de ses parents pour faire sa lessive et ne parvenir à effectuer ses tâches ménagères que de manière irrégulière et désordonnée), celui-ci s'est rendu en mission humanitaire au Népal. Or, la spécialiste du SMR a souligné que le recourant n'a à cet égard exprimé aucune plainte sur le plan somatique, ni fait état d'aucune restriction pour accomplir ces tâches. Elle a aussi relevé qu'il était à même de faire ses courses, ce qui parlait à l'encontre d'une agoraphobie. Enfin, elle a rappelé que, selon l'expertise psychiatrique, l'état dépressif était en rémission, si bien qu'une amélioration serait survenue même sans ECT. Cette spécialiste a donc estimé que les objections du recourant n'étaient pas fondées et elle a conseillé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'établir un profil d'exigibilité.

4.12 Le 21 juin 2016, le psychiatre du recourant a produit un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics de trouble anxieux généralisé avec phobie sociale et attaques de panique (ch. F41.1 CIM-10), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (ch. F33.1 CIM-10), de syndrome de fatigue chronique et de spondylarthrite ankylosante. Il a indiqué que l'état de santé s'améliorait lentement depuis l'ECT réalisée du 4 au 27 avril 2016, que les troubles étaient de moins en moins invalidants et que le recourant pourrait accomplir une mesure professionnelle dès la fin du mois de juin 2016 (adaptée à son état et d'abord à 30%). Le 12 octobre 2016, il a cependant informé qu'une rechute avait eu lieu de mi-mai à septembre 2016, s'agissant du trouble anxio-dépressif et de l'état d'épuisement. Il a écrit que les symptômes empêchaient la reprise d'une mesure professionnelle. L'incapacité de travail a été évaluée à plus de 80%, avec une diminution importante du rendement, une forte vulnérabilité au stress et aux situations d'exposition à des contacts sociaux. Le psychiatre a ajouté que la capacité de gain était totalement compromise et ce pour une durée indéterminée.

4.13 Un psychiatre/psychothérapeute, un rhumatologue, de même qu'un médecin interniste et rhumatologue d'un COMAI ont établi des rapports d'expertise les 1^{er}, 2 et 20 février 2017, dans le contexte d'un séjour du recourant dans cet établissement du 31 janvier au 2 février 2017. Dans le volet rhumatologique de l'expertise, le spécialiste de cette branche n'a pas retenu de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a posé le diagnostic (sans effet sur la capacité de travail) de spondylarthrite ankylosante (dès 2000) bien équilibrée par la prise d'AINS (ch. M45 CIM-10) et de cervicalgies chroniques sans anomalie radiologique (ch. M54.2 CIM-10). Il a rapporté que, selon le recourant, ces dernières étaient peu invalidantes et ne représentaient pas une gêne importante. Il a de plus estimé que la spondylarthrite ankylosante était en rémission. A titre préventif, il a recommandé d'éviter le port répété de charges lourdes (de 10 à 15 kg) et les travaux en antéflexion répétés ou prolongés du rachis. Quant au volet psychiatrique, l'expert a retenu le diagnostic (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent majeur/caractérisé, de gravité fluctuante, ayant atteint une gravité sévère avec symptômes psychotiques à plusieurs reprises et pendant un temps limité (ch. F33.3

CIM-10), actuellement en rémission sous traitement approprié (ch. F33.4 CIM-10), de même que (sans effet sur la capacité de travail) l'accentuation de certains traits de la personnalité de type anxieux/évitant, dépendant et névrotique, inhibé (ch. Z73.1 CIM-10). L'expert a observé que le recourant ne présentait aucun signe d'humeur dépressive, ni de fatigabilité mentale pathologique. Il a toutefois noté que le recourant était convaincu de manière délirante de souffrir d'une maladie cérébro-organique grave, qu'il faisait une fixation importante sur sa maladie et sa gravité. Il a ajouté qu'il était parfois incapable de penser normalement. L'expert a admis que le recourant souffrait d'une maladie psychiatrique mais précisé que celle-ci était en rémission complète, une labilité psychique et une peur importante de rechute persistant toutefois, de même qu'une vulnérabilité et une instabilité psychique. L'expert s'est cependant rallié à l'avis exprimé dans l'expertise de 2015, selon lequel le recourant ne présente aucune diminution de sa capacité de travail. Dans leurs conclusions interdisciplinaires, les experts ont confirmé les diagnostics retenus et indiqué que le recourant n'était pas limité dans sa capacité de travail dans l'activité d'ingénieur et ce depuis décembre 2015 au moins. Ils ont précisé que des mesures professionnelles étaient envisageables.

4.14 Après le dépôt de ses objections du 3 mai (recte: juin) 2017, le recourant a encore produit un rapport du 8 janvier 2018 d'un centre du sommeil, du réveil et de l'épilepsie d'un second hôpital universitaire. Les diagnostics d'épilepsie juvénile, de trouble somatoforme avec syndrome de fatigue chronique, de trouble panique, de trouble dépressif moyen à sévère et de spondylarthrite ankylosante ont été retenus. Selon cet écrit, des mouvements cloniques au bras gauche ont été observés au réveil après une ECT, le 20 novembre 2017. La nature épileptique de cet épisode n'a toutefois pas été établie.

4.15 Enfin, le 12 septembre 2018, le recourant a versé en procédure un rapport de la clinique universitaire psychiatrique/psychothérapeutique précitée, dans lequel les diagnostics de trouble du spectre autistique, syndrome d'Asperger (ch. F84.5 CIM-10) et de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen (ch. F33.1 CIM-10) ont été retenus. Selon cet écrit, ce premier diagnostic a été accompagné d'un trouble du développement du

langage et d'anomalies liées à l'autisme durant la petite enfance. Les interactions sociales et la communication, de même que les activités, la routine, la motricité et la perception seraient de plus gravement perturbées. La symptomatique dépressive constituerait ainsi la conséquence d'une importante sollicitation du mode de perception autistique.

5.

Il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 En l'espèce, d'un point de vue formel, l'expertise pluridisciplinaire répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. Les experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, ont procédé à un examen personnel du recourant, ont pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) ainsi que les documents produits. Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise.

5.3 Sur le plan matériel, il convient premièrement de constater que le rapport d'expertise de février 2017 contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.4). Par ailleurs, le rapport d'expertise psychiatrique de 2017 permet aisément de comprendre

pourquoi l'expert a admis la présence d'une maladie psychiatrique (soit un trouble dépressif récurrent majeur/caractérisé, de gravité fluctuante, à plusieurs reprises ayant atteint pendant un temps limité une gravité sévère avec symptômes psychotiques, actuellement sous traitement approprié en rémission). Il a en effet expliqué que le recourant a été sujet à des symptômes psychotiques (la conviction délirante de souffrir d'une maladie cérébro-organique grave, voir dos. AI 92.2/6 § 9 s.), de même qu'à une incapacité de penser normalement. D'autre part, bien qu'il ait classé ce diagnostic sous une rubrique "avec répercussion sur la capacité de travail" (voir dos. AI 92.2/9), l'expert a néanmoins relaté de manière convaincante qu'aucun élément ne lui permettait de retenir que cette maladie avait un impact durable sur la capacité de travail, dans la mesure où, durant l'expertise, il n'a pas constaté de retrait social, d'humeur dépressive, de fatigabilité mentale pathologique ou de trouble de la pensée formelle chez le recourant. Cela étant, c'est de façon cohérente que l'expert a relaté que les symptômes résiduels de la maladie n'avaient plus qu'un faible impact sur les activités et la capacité communicative du recourant (voir dos. AI 92.2/10 § 7). L'expert a de plus souligné les effets bénéfiques de la prise d'antidépresseurs et de neuroleptiques, de même que le suivi d'une ECT (suite à laquelle le recourant a déclaré s'être immédiatement senti nettement mieux, voir dos. AI 92.2/7 § 1 s.) et d'une lumbinothérapie (dos. AI 92.2/9). Il a aussi rappelé que le recourant lui avait confirmé qu'il allait mieux, qu'il avait repris son activité religieuse consistant à approcher la population par le biais de stands sur les marchés (voir à cet égard dos. AI 92.2/6 § 1) et que sa conviction de souffrir d'une maladie somatique (neurologique ou cérébrale) s'était estompée (dos. AI 92.2/6 § 10), seuls des épisodes de perte de confiance, des craintes de rechute grave, des crises de fatigue et des légers troubles de l'endormissement demeurant encore problématiques (voir aussi dos. AI 92.2/10 § 4). L'expert a aussi relevé que le recourant assumait seul son ménage (hormis la lessive et le repassage), qu'il cuisinait, qu'il utilisait passablement sa voiture (dos. AI 92.2/7), qu'il étudiait et bricolait (dos. AI 92.2/8 § 1). Ce faisant, même si l'expert a (implicite)ment indiqué que le diagnostic retenu présentait des effets sur la capacité de travail, c'est néanmoins de manière logique qu'il a mentionné que la maladie était en rémission et qu'elle n'impactait dès lors pas (ou plus) le profil d'exigibilité médico-théorique. Quant au second

diagnostic retenu, soit d'accentuation de certains traits de la personnalité (de type anxieux/évitant, dépendant et névrotique, inhibé), l'expert a expliqué de façon logique que le recourant faisait une fixation importante sur sa maladie et sur la gravité de celle-ci, qu'il avait de très grandes attentes en ses performances, une très faible confiance en lui et des traits psychiquement dépendants (dos. AI 92.2/8 § 8). D'autre part, l'expert a précisé de manière cohérente que cette caractéristique n'atteignait pas un niveau de gravité suffisant pour que l'on puisse parler d'un grave trouble de la personnalité, renvoyant à ce propos à l'expertise psychiatrique de 2015 (dos. AI 92.2/9 s.). Finalement, on peut d'ailleurs constater que l'expertise pluridisciplinaire de février 2017 concorde avec les conclusions de cette première expertise psychiatrique du 12 décembre 2015. Celle-ci a en effet aussi nié la présence d'un diagnostic présentant des effets sur la capacité de travail (voir dos. AI 66.1/16). L'expert psychiatre a du reste expressément confirmé les conclusions formulées dans l'expertise de décembre 2015 (qu'il a qualifié de "très circonstanciée" et dont il a jugé l'élaboration de "particulièrement soigneuse"; dos. AI 92.2/2 § 3 et 92.2/2 in fine) dont, en particulier, la question de l'exigibilité médico-théorique retenue (voir dos. AI 92/10). Il résulte dès lors de tout ce qui précède que l'expertise de 2017 est cohérente, convaincante et exempte de contradiction, si bien qu'il convient d'en confirmer le caractère probant.

5.4 En particulier, le rapport établi le 12 septembre 2018 par le service psychiatrique et psychothérapeutique d'un hôpital universitaire (à savoir postérieurement à la décision attaquée mais qui est toutefois de nature à influencer l'appréciation au moment où cet acte a été rendu, de sorte qu'il peut être pris en considération, voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1 et SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4) et qui retient principalement le diagnostic de trouble du spectre autistique (syndrome d'Asperger), ne remet pas en question ce résultat. En effet, non seulement ce (nouveau) diagnostic ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une atteinte invalidante à la santé (le seul diagnostic d'une atteinte n'étant pas déterminant, au contraire de son influence sur la capacité de travail et de gain, voir c. 2.2 in fine) mais de plus, les symptômes énumérés dans ce document ont déjà été évoqués dans les nombreuses pièces médicales figurant au dossier (pensée formelle cohérente mais plus confuse lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets

d'inquiétude, diminution de l'énergie et de l'entrain, crainte de subir des attaques de panique, épuisement lors de contacts sociaux, absence d'empathie, difficultés de débiter la conversation, centres d'intérêts spécifiques et limités, hypersensibilité lors de situations intenses dans la vie quotidienne, troubles du sommeil et fatigabilité, notamment [voir p. 5 du rapport du 12 septembre 2018]). Ces symptômes ont donc été pris en considération dans le contexte de l'expertise pluridisciplinaire de février 2017. En outre, ce document ne se prononce d'aucune manière sur une éventuelle influence de ces symptômes sur la capacité de travail du recourant. Enfin, en tant que cet écrit mentionne, dès l'anamnèse, que le recourant s'est documenté au sujet des troubles autistiques (étant rappelé qu'une cousine paternelle de ce dernier a subi une hospitalisation en milieu psychiatrique notamment du fait d'un trouble de la personnalité de type borderline et que plusieurs membres de la famille du recourant ont souffert de dépression, voir dos. AI 92.2/3 in fine) et qu'il a déclaré s'être fortement reconnu dans la description de cette pathologie (voir p. 3 du rapport du 12 septembre 2018), on ne peut raisonnablement ignorer que cette démarche du recourant a pu influencer les conclusions de ce rapport.

6.

Il sied encore d'apprécier si les conclusions de l'expertise de février 2017 peuvent également être suivies d'un point de vue juridique (voir c. 2.4).

6.1 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide

d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

6.2 Tout d'abord, il sied de relever que la dernière expertise (comme la première) a été réalisée après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant les arrêts du Tribunal fédéral (TF) étendant ce mode d'évaluation aux atteintes psychiques dont les troubles dépressifs (ATF 143 V 418 c. 6 s. et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017). Quand bien même les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante, il convient de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Ces principes développés dans l'ATF 137 V 210 c. 6 peuvent être appliqués par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en

œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 c. 8).

6.3 Dans le cas présent, l'expertise pluridisciplinaire de 2017 s'avère suffisante, également à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF, pour évaluer la situation du recourant. Quand bien même cette expertise ne suit pas strictement la grille d'évaluation normative et structurée rappelée ci-dessus (voir c. 6.1), les réponses apportées par l'expert psychiatre permettent d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. De plus, les experts ont exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels et leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée. Quoi qu'il en soit, ainsi que l'a évoqué l'intimé dans sa réponse du 27 mars 2018, l'expertise de 2017 aboutit à la reconnaissance de diagnostics en rémission, respectivement sans influence sur la capacité de travail. Dès lors, l'examen des indicateurs standards s'avère en l'occurrence superflu (voir c. 2.2). En tout état de cause, s'il fallait néanmoins procéder à une telle analyse (par exemple du fait que l'expert est arrivé à l'état de rémission en procédant lui-même déjà en fonction d'un raisonnement assimilable à celui de la méthode structurée découlant de la jurisprudence du TF), force serait alors d'admettre que l'appréciation des troubles invoqués par le recourant, d'après les indicateurs, conduit aussi de façon convaincante à l'absence d'une atteinte invalidante. En effet, il sied tout d'abord de constater que l'expert a d'emblée fait état de divergences importantes entre la présentation de la gravité de son atteinte par le recourant et le peu d'impact des symptômes résiduels de celle-ci sur ses activités et sur sa capacité communicative (dos. AI 92.2/10). A cet égard, l'expert a renvoyé aux explications contenues dans le rapport d'expertise de décembre 2015, qui mentionne notamment que les plaintes du recourant sont avant tout subjectives et ne se vérifient pas ou peu dans les faits (dos. AI 66.1/23). En outre, l'expert a signalé qu'au moment d'aborder certains sujets sensibles, le recourant a déclaré à deux ou trois reprises qu'il sentait arriver une crise de fatigue, alors qu'aucun signe de fatigue n'a été observé (dos. AI 92.2/8; voir aussi dos. AI 66.1/23). Le rapport de 2017 évoque encore une contradiction partielle entre la gravité de la maladie du recourant et les activités importantes marquant son parcours professionnel (dos. AI 92.2/8 § 6 et dos. AI 92.2/9 in fine). Ce faisant, l'expertise suggère

des indices de majoration significatifs (voir aussi dos. AI 66.1/24 ch. 4), si bien que l'examen au premier niveau (voir c. 6.1) aboutit à la conclusion qu'il existe a priori un motif d'exclusion. Cette question peut cependant demeurer ouverte. En effet, l'expert (qui a énuméré les facteurs de contrainte: faible confiance du recourant dans sa stabilité psychique, peur anticipatoire surdimensionnée d'être sujet à des crises d'angoisse ou de fatigue, nécessité d'un suivi psychiatrique, voir dos. AI 92.2/11) a aussi constaté la présence d'importantes ressources chez le recourant (intelligence jugée supérieure à la moyenne, confiance en ses capacités professionnelles, volonté de vivre une vie sensée et utile, réseau social très important, contact étroit avec la famille, valeurs morales stables). La (faible) gravité de l'atteinte retenue par l'expert a par ailleurs aussi été évaluée en tenant compte des nombreuses tâches assumées par le recourant lors de ses missions d'aide humanitaire (dos. AI 92.2/10). Cette gravité doit par ailleurs aussi être relativisée du fait du déroulement et de l'issue des traitements par ECT suivis par le recourant, qui se sont en effet avérés bénéfiques dès leur mise en œuvre (voir à ce propos: ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2 in fine). Quant à l'examen de la cohérence, il sied de relever les très importantes attentes du recourant en ses propres performances (dos. AI 92.2/8), de même que son ferme désir d'obtenir une rente de l'AI (dos. AI 92.2/10 in fine) afin que cette assurance l'aide à s'installer dans la vie active (en l'occurrence comme aide-soignant). Le recourant a en effet déclaré avoir pour projet de travailler à 50% et de vouer le reste de son temps à ses hobbies, soit surtout étudier et développer des méthodes applicables sur le terrain lors de catastrophes (dos. AI 92.2/5). Dans ce contexte, il faut d'ailleurs rappeler que l'expert, qui a aussi apprécié l'influence des restrictions invoquées dans les différents domaines de la vie (travail, loisirs, ménage), a mis en exergue qu'au regard du dossier produit, le recourant arrivait facilement à nouer des contacts lors de ses voyages humanitaires alors qu'il était très inhibé dans ce domaine en Suisse (voir dos. AI 92.2/1 ainsi que 92.2/3 § 2 et 5, voir également c. 4.11). L'expert a ajouté que le recourant avait déclaré qu'il présentait surtout des difficultés pour aborder les gens dans le contexte de ses missions religieuses mais très peu lors de ses voyages humanitaires (dos. AI 92.2/6). Partant, au vu de tout ce qui précède, il sied d'admettre que l'appréciation des troubles invoqués par le recourant, d'après les indicateurs standards énoncés par la

jurisprudence, conduit également de façon convaincante à l'absence d'une atteinte invalidante. C'est par conséquent à bon droit que l'intimé a nié la présence d'une telle atteinte à la santé et qu'il a rejeté la demande de prestations du recourant dans la décision entreprise du 16 janvier 2018.

7.

Il convient finalement de mentionner que dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire conclut néanmoins que le degré psychotique du trouble dépressif récurrent (voir c. 4.13) a été atteint "probablement" en hiver 2015 notamment et pendant un temps limité (voir dos. AI 92.2/9), la question d'une rente limitée dans le temps peut de prime abord se poser. En effet, le psychiatre du recourant a attesté des périodes d'incapacité de travail dès le 23 octobre 2013 (dos. AI 4 s.) et ce dernier a perçu des indemnités journalières de l'assurance-maladie perte de gain de son employeur jusqu'au 18 janvier 2015, pour un taux d'incapacité d'au moins 50% (dos. AI 97). Ce faisant, puisque le recourant a déposé sa demande de prestations en mai 2014, une rente pourrait en soi être octroyée à compter de novembre 2014 (voir c. 2.3 et délai de carence de 6 mois dès l'introduction de la demande de prestations prévu à l'art. 29 al. 1 LAI) et ce, pour une durée limitée. Dans ce contexte, il faut rappeler cependant que le recourant a commencé une mesure d'entraînement au travail et a perçu des indemnités journalières de l'AI dès le 19 janvier 2015 (voir c. 4.7), ce qui excluait une rente concomitante (art. 29 al. 2 LAI). De plus, il convient de tenir compte du fait que l'expertise psychiatrique du 12 décembre 2015 a précisément été réalisée durant la période en cause, que l'expert n'a alors pas relevé d'idées délirantes chez le recourant (dos. AI 66.1/15) et qu'il n'a pas conclu à l'existence d'une réduction de la capacité de travail. Dans ces conditions, l'octroi d'une rente limitée dans le temps doit également être exclu.

8.

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit dès lors être rejeté.

8.1 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, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

8.2 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (limitée aux frais de procédure).

8.2.1 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 (art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] et art. 61 LPGA en lien avec l'art. 111 al. 1 LPJA).

8.2.2 En l'espèce, le recourant perçoit des prestations 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 la condition matérielle posée pour une dispense des frais judiciaires, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chances de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête doit dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Partant, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

8.2.3 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, limitée aux frais de procédure, est admise.
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 limitée aux frais de procédure. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
 - à la Caisse de pensions de la fonction publique du canton de Neuchâtel.

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).