

200.2018.223.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 4 décembre 2019

Droit des assurances sociales

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

A. _____
agissant par sa curatrice B. _____
représenté par Me C. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 13 février 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1989, a vécu en institution dès l'âge de 14 ans, après la séparation de ses parents, puis a commencé à 16 ans un apprentissage de cuisinier, qu'il n'a pas terminé. Il a ensuite occupé divers emplois jusqu'à l'âge de 22 ans, puis bénéficié des prestations de l'aide sociale. Une tutelle au sens de l'ancien art. 372 du Code civil suisse (CC, RS 210) a été instituée en faveur de l'assuré le 8 mai 2007, transformée d'office en curatelle de portée générale au sens de l'art. 398 CC à partir du 1^{er} janvier 2013. Entre décembre 2006 et 2017, l'assuré a séjourné à huit reprises dans un hôpital psychiatrique. Le 26 juillet 2006, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) avait été déposée auprès de l'Office AI Berne en vue d'une orientation professionnelle, de subsides aux frais supplémentaires de formation professionnelle initiale et d'un placement, indiquant que l'assuré présentait une hyperactivité ainsi que des difficultés de concentration et d'assimilation. A la suite de l'abandon de l'apprentissage de cuisinier, l'assuré a introduit le 18 février 2009 une nouvelle demande de prestations de l'AI, requérant à nouveau l'octroi d'une orientation professionnelle.

Saisi derechef du dossier, l'Office AI Berne a poursuivi l'instruction du cas pendant plusieurs années, au vu de l'état de santé instable de l'assuré, de sa consommation fluctuante et récurrente de substances psychoactives et de ses divers séjours en hôpital psychiatrique et en institutions, ainsi que de vaines tentatives de contrôle de sevrage. Il a régulièrement recueilli des rapports des médecins psychiatres traitant l'assuré ainsi que des services sociaux en charge de ce dernier. Une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) a également été appelée à prendre position à plusieurs reprises sur le cas de l'assuré. Dans deux décisions respectives des 9 décembre 2010 et 13 décembre 2011, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles de réadaptation, estimant que son état de santé ne permettait pas d'envisager de telles mesures pour le moment. Le 2 décembre 2016, le curateur de l'assuré a produit auprès de l'Office AI

Berne une expertise psychiatrique réalisée le 21 novembre 2016 à l'hôpital des services psychiatriques régionaux à l'attention de l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) compétente. Le 16 mars 2017, l'hôpital en question a encore adressé un nouveau rapport médical à l'Office AI Berne, sur sa demande. Après avoir recueilli un nouvel avis du SMR du 12 septembre 2017, l'Office AI Berne a adressé le 9 octobre 2017 au curateur de l'assuré, à l'attention de ce dernier, une demande de collaboration au sens de l'art. 43 al. 3 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), l'invitant à suivre une abstinence totale à toutes substances psychoactives durant au moins six mois, avec un contrôle régulier mensuel de celle-ci, faute de quoi l'instruction du dossier serait close et il ne serait pas entré en matière sur la demande de prestations. Nonobstant la prise de position du curateur du 23 octobre 2017, l'Office AI Berne a maintenu son point de vue dans une sommation de collaborer du 20 novembre 2017, invitant l'assuré à lui faire savoir jusqu'au 8 décembre 2017 auprès de quel médecin il entendait effectuer les examens de contrôle de son abstinence. Etant demeuré sans nouvelles, l'Office AI Berne a adressé le 20 décembre 2017 une préorientation au service social en charge de l'assuré et de la curatelle, l'informant qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la demande de prestations, en raison du refus de l'assuré de se prêter à une abstinence totale aux substances psychotropes. L'Office AI Berne a confirmé cette préorientation par une décision formelle du 13 février 2018, pour les mêmes motifs.

B.

Par acte du 16 mars 2018 assorti d'une requête d'assistance judiciaire, l'assuré, agissant par sa nouvelle curatrice et représenté par un avocat, a recouru contre la décision précitée du 13 février 2018. Il conclut à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment par exécution d'une expertise, puis décision d'octroi de mesures de réadaptation, voire d'une rente entière, ou subsidiairement, à défaut de renvoi, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Les 27 mars, 6 avril et 8 mai 2018, le recourant a complété son

recours et sa requête d'assistance judiciaire. Dans son mémoire de réponse du 7 juin 2018, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Le 15 juin 2018, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

Par ordonnance du 6 août 2019, la juge instructrice a invité l'intimé à se prononcer quant à l'influence sur la présente procédure de l'arrêt 9C_724/2018 rendu par le Tribunal fédéral (TF) en date du 11 juillet 2019, désormais publié aux ATF 145 V 215.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 13 février 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce un refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant faute de collaboration de sa part dans l'instruction de sa demande. Au vu des motifs du recours, l'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de la décision contestée, principalement en vue d'un renvoi de la cause (à tout le moins partiellement cassatoire) à l'intimé pour instruction et nouvelle décision d'octroi de prestations ou subsidiairement, en vue d'un jugement (réformatoire) octroyant une rente entière d'invalidité. Est particulièrement critiquée l'exigence de l'intimé d'une abstinence du recourant préalablement à la réalisation d'une expertise psychiatrique, au vu du fait que même en l'absence d'une abstinence, le dossier en l'état ne permettait pas de lui refuser toute prestation. Eu égard à l'alternative prévue à l'art. 43 al. 3 LPGA (voir ci-dessous c. 2.3) pour sanctionner un défaut de collaboration dans l'instruction, quand bien même en l'espèce, l'intimé (en dépit de l'intitulé ambigu de la décision) a choisi de ne pas entrer en matière (toutefois suffisamment pour arriver à la conclusion qu'il fallait continuer d'instruire le dossier ouvert depuis 2009), compte tenu aussi du pouvoir d'examen du TA (voir ci-dessous c. 1.4), la recevabilité de conclusions réformatives est délicate à trancher. L'objet de la contestation

couvre-t-il ou non également le choix entre, d'une part, l'appréciation (matérielle) en l'état du dossier et, d'autre part, la clôture de l'instruction aboutissant à un refus d'entrer en matière ? Cette question peut cependant rester ouverte au vu de l'issue du présent litige. Dans le doute, il est par ailleurs renoncé à la compétence du juge unique qui est prévue pour juger d'un recours contre une décision d'irrecevabilité (art. 57 al. 6 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM [RSB 161.1]; voir c. 1.3 ci-dessous).

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

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 LOJM).

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 point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et des constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exercer 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en corrélation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR

2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.3 Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (voir également l'art. 69 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Aux termes de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues (al. 2). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Par ailleurs, l'art. 7 al. 1 LAI dispose que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Aux termes de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite

l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Selon l'art. 7b al. 1 LAI, les prestations peuvent aussi être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA.

2.4 Il convient de ne faire usage de la faculté de ne pas entrer en matière sur une demande de prestations qu'avec la plus grande parcimonie (ATF 131 V 42 c. 3). Un refus d'entrer en matière n'est envisageable que si l'examen matériel de la demande de prestations s'avère impossible sur la base de l'ensemble du dossier sans la participation de la partie concernée. A l'inverse, une décision matérielle ne peut être rendue sur la seule base du dossier que si l'état de fait pertinent, indépendamment des mesures d'instruction jugées nécessaires et exigibles auxquelles l'assuré s'est opposé sans motif excusable, ne peut pas être davantage élucidé (SVR 2018 EL n° 4 c. 2.2). Le prononcé d'une sanction basée sur l'art. 43 al. 3 LPGA doit respecter le principe de la proportionnalité. Si, après un refus, la collaboration est acceptée, la sanction – non-entrée en matière, décision en l'état du dossier – ne pourra concerner que la période durant laquelle la collaboration a été refusée (ATF 139 V 585 c. 6.3.7.5). Si après avoir refusé de collaborer à la procédure, l'assuré se déclare ultérieurement prêt à se conformer à son obligation de fournir des renseignements ou à son devoir de collaboration, ce fait doit être considéré comme une nouvelle demande (SVR 2017 IV n° 50 c. 3.3 et 3.4).

2.5 L'administration, en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé a prononcé une non-entrée en matière sur la demande de prestations du recourant en invoquant l'absence de réponse de ce dernier aux courriers des 9 octobre et 20 novembre 2017, par lesquels il lui avait été demandé de communiquer le nom du médecin qui procéderait au contrôle une fois par mois d'une abstinence totale de sa part quant à la consommation de substances psychotropes pendant au moins six mois. Quant à la nécessité d'une période d'abstinence, l'intimé a fait valoir qu'en raison de la consommation de produits stupéfiants par l'assuré, il n'était pas possible de procéder valablement à un examen médical pour statuer sur son droit à la rente, l'expertise médicale effectuée le 21 novembre 2016 pour le compte de l'APEA ne pouvant pas être reprise par l'AI à cet effet. L'intimé se réfère notamment aux art. 28 al. 1 et 2 et 43 al. 3 LPGA, ainsi qu'à l'art. 7b al. 1 LAI (cités au c. 2.3).

Pour admettre qu'il était exigible de l'assuré de se prêter pendant au moins six mois à une abstinence totale aux substances psychotropes, l'intimé s'est fondé sur l'avis de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son SMR, qui s'est exprimée en dernier lieu le 12 septembre 2017. Dans son rapport, celle-ci a notamment pris position face au rapport du 16 mars 2017 de l'hôpital des services psychiatriques régionaux, déclarant que lorsque les médecins de ce dernier évoquent un probable trouble bipolaire, ils négligent le fait que leur patient a consommé des drogues pratiquement sans interruption depuis l'âge de 13 ans, en commençant avec du cannabis, puis, avant tout, de la cocaïne et, quand il ne pouvait pas en obtenir, de l'héroïne. La spécialiste est d'avis que dans ce contexte, le diagnostic d'un trouble bipolaire ne peut pas être posé tant que l'intéressé n'est pas abstiné de toutes les drogues pendant au moins six mois, car tous les symptômes en question, décrits dans les rapports médicaux au dossier, sont survenus alors que le patient consommait des drogues. Par ailleurs, d'après elle, sans une période d'abstinence prolongée, il n'est pas non plus possible d'évaluer la présence de dommages neuropsychologiques irréversibles susceptibles d'affecter les capacités cognitives et les fonctions exécutives et, partant, d'établir un profil

d'exigibilité d'une activité lucrative. La spécialiste estime aussi que l'exigibilité d'une période d'abstinence de la part de l'assuré est donnée, dans la mesure où il ressort du dossier qu'il n'avait pas consommé de drogues pendant les trois ans où il avait vécu une relation avec une partenaire.

3.2 Pour sa part, le recourant invoque en substance que l'intimé applique à tort l'art. 43 al. 3 LPGA à sa situation, du fait que l'abstinence requise comme mesure de collaboration à l'instruction est inexigible de sa part et qu'elle n'a de toute façon pas d'influence sur son incapacité de travail, causée principalement par une atteinte psychique grave présente depuis l'enfance, antérieure à sa toxicodépendance. Il allègue en outre que même dans l'hypothèse, qu'il conteste, d'un défaut de collaboration de sa part, le dossier, en l'état, ne permet pas de conclure à un refus de prestations. Pour ce faire, il se réfère au rapport médical établi le 16 mars 2017 par l'hôpital des services psychiatriques régionaux à l'attention de l'intimé, qui constate notamment un trouble affectif bipolaire et un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (ch. F31 et F90.0 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), ayant des effets sur la capacité de gain, et d'autres troubles liés à la consommation de produits stupéfiants, mais avec syndrome de dépendance. Le recourant fait valoir que souffrir d'un tel syndrome de dépendance, causé et amplifié par des troubles établis et préexistants, ne constitue pas un manque de collaboration, et que le rapport médical du 16 mars 2017 rédigé à la demande de l'intimé établit clairement une incapacité de travail complète, un état stationnaire et envisage, après sevrage et abstinence, uniquement la possibilité d'un travail adapté non soumis à une obligation de rendement, dans un cadre protégé; il en conclut que même en cas d'abstinence, le dossier met en lumière une incapacité de travail complète.

3.3 A la lecture du rapport du 16 mars 2017 de l'hôpital des services psychiatriques régionaux à l'attention de l'intimé, on relève qu'outre un trouble affectif bipolaire et un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention, déjà cités ci-dessus, les médecins psychiatres ont

aussi diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, de cocaïne et de dérivés du cannabis (ch. F11.22, F14.21 et F12.1), mentionnant un syndrome de dépendance pour ce qui est des deux premières substances. Ils indiquent que l'assuré présente des troubles de l'attention, de la concentration, une hyperactivité, une désinhibition sociale et une dépendance à la cocaïne et au cannabis, ces éléments ayant une incidence sur sa capacité de travail et de rendement professionnel, et précisent qu'un travail adapté aux capacités de l'assuré, non soumis à une obligation de rendement, dans un cadre protégé, pourrait être envisagé en fonction de l'évolution de l'état psychique de l'assuré et du maintien de l'abstinence aux toxiques. Ils soulignent toutefois qu'au moment où le rapport a été rédigé, il était hospitalisé avec une incapacité de travail à 100%, et que l'activité exigible serait à évaluer par son médecin traitant à la fin de son hospitalisation.

Répondant aux questions précises de l'Office AI Berne concernant l'addiction, les spécialistes confirment l'existence d'une dépendance de l'assuré face aux drogues, indiquant une dépendance au cannabis depuis l'âge de 13 ans, à la cocaïne depuis l'âge de 24 ans et à l'héroïne par défaut en l'absence de cocaïne. Ils déclarent que la dépendance est la conséquence d'une affection psychique, l'assuré présentant depuis l'enfance un diagnostic de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention, qu'en outre, le diagnostic de trouble bipolaire avait aussi été retenu lors de l'expertise effectuée le 21 novembre 2016 pour l'APEA, et que ces troubles sont fréquemment associés à des consommations de toxiques chez l'adulte. Ils relèvent que l'assuré a relaté que le trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité aurait été posé à l'âge de 13 ans et que le trouble bipolaire semble avoir débuté par des épisodes dépressifs au cours des premières hospitalisations dès 2011 avec des épisodes d'hypomanies non relevés. Pour ce qui est de la capacité de travail, l'intimé a notamment posé aux spécialistes les trois questions respectives d'une influence sur la capacité de travail, d'une part, des seules affections psychiques et somatiques, indépendamment de la dépendance, d'autre part, de la dépendance combinée aux atteintes psychiques et somatiques, et enfin de la seule dépendance. Y répondant, les spécialistes déclarent que dans le cadre du trouble hyperkinétique, l'assuré peut

présenter un manque de persévérance, des troubles de l'attention et de la concentration avec des difficultés dans l'accomplissement de ses tâches, et que dans le trouble bipolaire, il peut présenter lors des épisodes d'hypomanie une distractibilité importante, des troubles de la concentration, une surestimation de ses capacités et une labilité émotionnelle avec irritabilité ou euphorie, et lors des épisodes dépressifs, une perte de l'estime de soi avec ralentissement psychomoteur et des troubles du sommeil, tous ces symptômes diminuant la capacité de travail de l'assuré. Quant aux conséquences sur la capacité de travail des interactions entre la dépendance et les autres atteintes psychiques diagnostiquées, les spécialistes indiquent que la dépendance peut être majorée dans le cadre des diagnostics précités, avec majoration des effets rapportés au niveau social comportemental, cognitif et physique, diminuant la capacité de travail de l'assuré avec une incidence sur son rendement et une mise en danger de l'assuré. S'agissant de l'influence de la seule dépendance sur la capacité de travail, les psychiatres relèvent qu'avec les troubles de dépendance, il existe un investissement de la part du patient pour se procurer la substance, ce qui entrave son fonctionnement global, et qu'un état d'intoxication porte d'ailleurs atteinte contre les fonctions exécutives.

Concernant les diagnostics posés, les constatations médicales et leur évaluation, on précisera encore que le rapport du 16 mars 2017 de l'hôpital des services psychiatriques régionaux converge pour l'essentiel avec l'expertise réalisée dans la même institution le 21 novembre 2016 sur mandat de l'APEA.

3.4 Au vu du dossier, on constate donc qu'il n'a jamais été possible d'évaluer concrètement l'influence de la toxicomanie sur le comportement du recourant en distinguant celle-ci des autres atteintes psychiques diagnostiquées par les médecins ayant été appelés à se prononcer, faute d'une véritable abstinence d'une durée suffisante. A cet égard, même les derniers avis médicaux circonstanciés, dont le rapport précité du 16 mars 2017, laissent supposer que la capacité de travail du recourant était influencée non seulement par la symptomatologie de dépendance, mais aussi par les troubles hyperkinétique et bipolaire diagnostiqués. Dans ce contexte, le SMR a estimé qu'il s'imposait de distinguer entre les

répercussions sur la capacité de travail de l'assuré des troubles hyperkinétique et bipolaire de celles découlant des syndromes de dépendance non liés à ces atteintes. Ce besoin de distinction au moyen d'une expertise médicale qui serait réalisée après une période d'abstinence du recourant s'expliquait aussi du fait que tant le diagnostic de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention, posé pour la première fois à peu près à l'âge de 12 ou 13 ans, que celui de trouble bipolaire, mentionné pour la première fois encore plus tard, n'ont jamais été vérifiés en période d'inexistence de dépendance aux substances psychoactives, puisque la consommation de cannabis a commencé au début de l'adolescence. Cela vaut d'autant plus qu'il n'apparaît pas exclu, selon certains indices présents au dossier, que le recourant utilise abusivement la ritaline, médicament prescrit contre le trouble hyperkinétique, pour amplifier les effets d'autres substances, voire pour la revendre et acheter des stupéfiants, selon le soupçon exprimé par l'un de ses psychiatres traitants. Cependant, au vu de ce qui suit, la question de la justification de la démarche de l'Office AI Berne, exigeant une abstinence du recourant aux substances psychoactives préalablement à une expertise médicale, peut être laissée ouverte.

En effet, dans l'arrêt ATF 145 V 215 (voir ci-dessus c. B), le TF a changé sa pratique concernant le droit à des prestations de l'AI en cas de toxicomanie. Jusqu'alors, d'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prît la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi, mais jouait un rôle dans l'AI lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou qu'elle résultât elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 c. 3c; SVR 2016 IV n° 3 c. 2.2.1). Dans sa nouvelle jurisprudence, le TF parvient à la conclusion que sa pratique antérieure ne peut plus être maintenue, notamment à la suite d'un examen approfondi des connaissances médicales au regard desquelles une dépendance correspond clairement à un phénomène ayant caractère de maladie. Désormais, il s'impose dès lors, comme pour les autres troubles psychiques (à cet égard, ATF 141 V 281 précité), de

clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée si la dépendance à des substances addictives diagnostiquées par des spécialistes influe sur la capacité de travail de la personne concernée (voir ci-dessus c. 2.2). En conséquence, l'exigence d'une abstinence de la personne assurée aux substances addictives ne peut plus être posée comme condition d'entrée en matière sur sa demande de prestations, dans la mesure où la dépendance à de telles substances, dûment diagnostiquée par un médecin spécialiste, représente, selon la nouvelle jurisprudence du TF précitée, en elle-même une atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Dès lors, elle doit bien plus être englobée dans une évaluation idoine des conséquences de l'ensemble des atteintes à la santé diagnostiquées de la personne assurée sur sa capacité de travail et de gain, dans le cadre de l'examen matériel de la demande (dans ce sens voir: TF 9C_309/2019 du 7 novembre 2019 c. 4.2.2).

3.5 Dès lors, la nécessité de faire la distinction entre l'influence sur la capacité de travail et de gain du recourant d'une toxicomanie en elle-même (dite primaire) et les conséquences découlant des autres atteintes psychiques ou d'éventuelles maladies induites par l'addiction n'a plus lieu d'être pour juger du caractère invalidant de l'ensemble des troubles dont souffre l'assuré. La diversité et l'imprécision des avis exprimés dans la présente cause au sujet du caractère "primaire" ou "secondaire" des addictions et des interférences possibles entre les autres atteintes et les substances psychotropes montrent du reste les limites d'une telle distinction. Il y a bien plus lieu de procéder à une expertise médicale spécialisée englobant l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, y compris les syndromes de dépendance évoqués dans le rapport du 16 mars 2017 de l'hôpital des services psychiatriques régionaux, et fournissant les renseignements nécessaires à une évaluation de l'invalidité au moyen des indicateurs standards découlant de la grille d'évaluation normative et structurée en deux niveaux, applicable d'après la jurisprudence relative aux troubles psychiques et affections assimilées (voir ci-dessus la jurisprudence citée au c. 2.2), expertise dont résultera une proposition d'appréciation qui devra être contrôlée par les organes d'appréciation de l'AI. On précisera particulièrement que l'expertise devra aussi se prononcer sur la question de l'exigibilité de mesures

thérapeutiques et sur la résistance à la thérapie, sous l'angle de l'obligation de diminution du dommage au sens des art. 7 et 7b al. 1 LAI (ATF 145 V 215 c. 8.2; voir ci-dessus c. 2.3 et 3.4). A cet égard, force est en effet de constater que les avis médicaux figurant au dossier ne suffisent pas, en l'état, pour évaluer de manière fiable le droit à des prestations de l'AI – l'expertise du 21 novembre 2016 à l'attention de l'APEA ayant en l'occurrence un tout autre but.

Enfin, il faut souligner à l'attention de l'intimé qu'en l'état, rien ne justifie la nécessité d'une mesure d'abstinence et de sevrage même sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA (voir ci-dessus c. 2.3) ou de l'évaluation de l'indicateur de la résistance aux traitements. En effet, eu égard à l'ensemble des atteintes à la santé constatées, les documents médicaux présents au dossier ne permettent en aucun cas de déduire qu'une capacité de travail exploitable sur le marché libre du travail au point d'exclure un droit à une rente, même limité dans le temps, est susceptible d'être recouvrée par le recourant dans un laps de temps déterminé en cas d'abstinence totale et de sevrage. En ce sens, les arguments invoqués par l'intimé dans sa dernière prise de position du 27 août 2019 tombent à faux, dans la mesure où le TF a précisé que les éventuels succès de mesures thérapeutiques futures qui pourraient être envisagées devront, le cas échéant, être évalués dans une procédure de révision des prestations (ATF 145 V 215 c. 8.2 in fine). Par souci de complétude, on peut encore ajouter que si un assuré ne se conforme pas à une sommation en vue d'une abstinence au sens de l'obligation de diminuer le dommage, ce comportement ne justifie pas un refus d'entrer en matière, mais une réduction ou un refus de prestations (art. 7 al. 1 et 2 let. d LAI en lien avec l'art. 21 al. 4 LPGA; TF 9C_309/2019 du 7 novembre 2019 c. 4.2.2 in fine et voir c. 1.1 ci-dessus).

Dès lors, il faut conclure que la nécessité d'une abstinence du recourant aux substances psychotropes en vue de réaliser une expertise médicale afin d'évaluer son invalidité n'est pas établie. Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations du fait de l'absence de réaction de l'assuré aux sommations des 9 octobre et 20 novembre 2017. Par ailleurs, en cela il convient de suivre l'intimé, le

dossier, en l'état, contrairement aux allégués et conclusions réformatoires du recourant, ne suffit manifestement pas pour juger du principe, de la nature et de l'étendue (matérielle et temporelle) de prestations AI. Seule une expertise conforme aux exigences de la jurisprudence en la matière, qui n'a pas encore été établie, permettra de se prononcer sur ces aspects.

4.

4.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision contestée du 13 février 2018 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il entre (à nouveau) en matière sur la demande de prestations du recourant, continue de l'instruire en procédant au sens des considérants et rende une décision matérielle.

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

4.3 La requête d'assistance judiciaire déposée par le recourant, devenue sans objet vu l'issue de la procédure, est rayée du rôle du Tribunal (art. 39 al. 1 LPJA).

4.4 L'assuré, qui obtient gain de cause dans la présente procédure et est représenté par un avocat, a droit au remboursement de ses dépens dans la mesure fixée par le tribunal (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires de son mandataire du 5 septembre 2019, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas comparables, sont fixés à un montant de Fr. 3'959.- (honoraires: Fr. 3'627.-; débours: Fr. 48.95; TVA: Fr. 283.05) et mis à la charge de l'Office AI Berne.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable, et la décision contestée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il procède au sens des considérants et rende une nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 3'959.- (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et de désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

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