

200.2018.283.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 26 septembre 2019

Droit des assurances sociales

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

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 2 mars 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1974, a effectué une formation élémentaire de peintre en bâtiment après avoir grandi en institution dès l'âge de sept ans. Il a ensuite exercé divers emplois, bénéficié de prestations de l'assurance-chômage et, par la suite, de l'aide sociale. L'assuré a déposé le 14 août 2003 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, indiquant être atteint d'attaques de panique et d'une tumeur des testicules. Par décision du 27 novembre 2003, confirmée par décision sur opposition du 30 juin 2004, la demande de prestations a été rejetée au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant. Par jugement du 16 novembre 2004 (VGE IV/2004/64822), la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis le recours interjeté par l'assuré contre cette décision sur opposition et renvoyé la cause à l'Office AI Berne pour instruction médicale complémentaire sur le plan psychiatrique et nouvelle décision. Dans un arrêt du 8 juillet 2005 (TF I 837/04) le Tribunal fédéral a rejeté le recours de droit administratif introduit par l'Office AI Berne contre le jugement précité du TA.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne a recueilli un rapport du 6 octobre 2006 du psychiatre traitant et mandaté un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie afin d'effectuer une expertise psychiatrique de l'assuré. Ce dernier a produit son rapport le 4 septembre 2007. Sur cette base, par préorientation du 1^{er} octobre 2007, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait derechef rejeter sa demande de prestations, considérant qu'il ressortait de l'expertise médicale qu'il ne subissait pas d'atteinte à la santé ayant une influence sur sa capacité de travail et qu'il lui serait possible du point de vue médical d'exercer toute activité lucrative à plein temps et sans restriction de rendement. Par décision formelle du 16 novembre 2007, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation du 1^{er} octobre 2007. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

B.

Le 9 juillet 2015, une nouvelle demande de prestations datée du 16 juin 2015 (mais transmise par courrier du 6 juillet 2015 du service social s'occupant de l'assuré) est parvenue auprès de l'Office AI Berne. Elle a été complétée par un rapport du 22 août 2015 du psychiatre traitant. Après avoir recueilli, le 23 septembre 2015, l'avis d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a communiqué à l'assuré, dans une première préorientation du 25 septembre 2015, qu'il considérait que celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il ne pouvait dès lors pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Le 23 octobre 2015, l'assuré a formulé ses objections contre la préorientation du 25 septembre 2015, appuyées ultérieurement par un courrier de son psychiatre traitant du 17 novembre 2015. Sur la base d'une prise de position de son SMR du 2 décembre 2015, l'Office AI Berne est entré en matière sur la demande de prestations du 16 juin 2015 et a rassemblé des rapports de la généraliste, de l'urologue et du psychiatre traitant l'assuré. Sur recommandation de la psychiatre du SMR et afin de clarifier la situation, l'Office AI Berne a encore procédé à une nouvelle expertise psychiatrique; l'expert mandaté à cet effet a produit son rapport le 10 janvier 2017.

Suite à cette expertise psychiatrique, l'Office AI Berne a rendu le 31 octobre 2017 une nouvelle préorientation par laquelle il a informé l'assuré qu'il entendait à nouveau rejeter sa demande de prestations, motif pris que même si la nouvelle expertise arrivait à d'autres conclusions que celles des documents sur lesquels la décision précédente du 16 novembre 2007 s'était fondée, il ne s'agissait juridiquement que d'une autre interprétation d'un même état de fait globalement non modifié. De ce fait, d'après l'Office AI Berne, une décision différente de celle du 16 novembre 2007 ne se justifiait pas. Nonobstant les objections formulées par l'assuré le 27 novembre 2017, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation par décision formelle du 2 mars 2018, estimant qu'il n'y avait pas de motif de révision de la décision du 16 novembre 2007.

C.

Le 16 avril 2018, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru contre la décision précitée du 2 mars 2018 auprès du TA. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il requiert aussi le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Dans sa réponse du 15 mai 2018, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Le 5 juin 2018, la mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 2 mars 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 l'octroi d'une rente d'invalidité ou, subsidiairement, le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant conteste en particulier le fait que l'intimé nie une aggravation de son état de santé, compte tenu de l'expertise psychiatrique du 10 janvier 2017, qui est selon lui nettement plus complète et détaillée que celle du 4 septembre 2007, dont les conclusions quant à la capacité de travail étaient au demeurant, selon lui, manifestement erronées.

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

du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

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

2.2 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la

capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). D'après l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente. 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). Les conditions générales de l'art. 8 al. 1 LAI doivent toutefois être réalisées. Une mesure de réadaptation doit ainsi, outre les exigences de l'aptitude et de la nécessité expressément formulées dans cette disposition légale, satisfaire à celle de l'adéquation (proportionnalité au sens étroit) en tant que troisième aspect du principe de la proportionnalité.

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

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).

2.4 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Les experts doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi 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 141 V 281 c. 2.1.1 et 2.2, SVR 2016 IV n° 25 c. 6). 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 standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

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

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5). Il faut prendre en

compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi (ou de refus) de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1).

2.6 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). Il incombe tout d'abord au médecin (expert) d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution dans le temps, c'est-à-dire de réunir les résultats des investigations en procédant à un examen médical selon les règles de l'art, en tenant compte des plaintes subjectives, puis de poser un diagnostic en se fondant sur ces résultats. En cela, l'expert accomplit sa tâche spécifique, pour laquelle l'administration et les tribunaux ne sont pas compétents. Le médecin n'a en revanche pas la compétence de statuer en dernier ressort sur les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il se contente bien plus de prendre position sur l'incapacité de travail, à savoir de procéder à une évaluation qu'il motive de son point de vue le plus substantiellement possible. En fin de compte, les données fournies par le médecin constituent un élément important pour l'appréhension juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Au besoin, afin de déterminer la capacité économiquement exploitable, il convient de recourir, en complément du dossier médical, aux spécialistes de l'intégration et du conseil professionnels (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1).

2.7 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En

particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.1).

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 A l'appui de la décision contestée, l'intimé a estimé en substance que l'expertise psychiatrique du 10 janvier 2017 ne démontrait pas une détérioration de l'état de santé du recourant par rapport à l'expertise du 4 septembre 2007, sur laquelle s'était appuyée la décision de refus de prestations du 16 novembre 2007, mais qu'elle avait uniquement posé un autre diagnostic, et qu'il s'agirait dès lors uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Par ailleurs, l'intimé a considéré qu'il en allait de même des avis du psychiatre traitant, et qu'un motif de révision de la décision du 16 novembre 2007 n'était dès lors pas donné.

3.2 Le recourant conteste le point de vue de l'intimé et fait valoir en substance que la seconde expertise du 10 janvier 2017 est nettement plus complète et détaillée que celle établie le 4 septembre 2007, et que le second expert explique de manière précise et basée sur une anamnèse

complète ainsi que sur l'examen des différents diagnostics en jeu pourquoi il a retenu le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement instable de type borderline impliquant une incapacité de travail totale. Selon le recourant, à la lecture de la seconde expertise, il apparaît clairement qu'on n'aurait pas dû attribuer valeur probante à l'expertise précédente. Nonobstant ces réflexions, le recourant invoque qu'une comparaison des deux expertises psychiatriques sur lesquelles se basent les décisions respectives de l'Office AI Berne du 16 novembre 2007 et du 2 mars 2018 permet de constater qu'il y a eu effectivement une aggravation de son état de santé, dans la mesure où de nettes différences apparaissent s'agissant de sa thymie, de ses facultés d'attention et des diagnostics retenus, explicables par les fluctuations inhérentes aux troubles dont il est atteint. Le recourant souligne aussi que selon le second expert et son médecin traitant, son état de santé s'est chronicisé, que le trouble de la personnalité dont il souffre doit être considéré comme très sévère et qu'une activité professionnelle n'est actuellement – et pour une durée indéterminée – pas possible et non exigible.

3.3 En l'espèce, s'agissant de l'examen matériel d'une nouvelle demande de prestations, il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit entre la décision de refus de prestations rendue le 16 novembre 2007 et la décision litigieuse du 2 mars 2018, puisque l'état de fait déterminant à la date de la décision contestée doit être comparé avec celui ayant prévalu lors de la dernière décision fondée sur un examen complet de l'état de santé du recourant (voir ci-dessus c. 2.5).

4.

4.1 La décision de refus de prestations rendue par l'intimé le 16 novembre 2007 se basait sur l'expertise du 4 septembre 2007 du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport, l'expert mandaté par l'Office AI Berne diagnostiquait, en tant qu'atteintes avec répercussions sur la capacité de travail, un état de stress post-traumatique (ch. F43.1 de la Classification statistique internationale

des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) depuis le cancer survenu en 2003 et un trouble affectif bipolaire, probablement bipolaire II (ch. F31.8 CIM-10) depuis 1981 et 1996. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert relevait une polytoxicomanie anamnétique, actuellement en abstinence (ch. F19.20 CIM-10). Dans son appréciation, il déclarait essentiellement que du point de vue psychiatrique, on devait partir de l'idée que l'assuré présentait un état de stress post-traumatique sur l'arrière-plan de la maladie cancéreuse dont il avait été atteint, car pour l'assuré, il s'agissait d'un événement exceptionnellement menaçant, qui s'était traduit par des cauchemars et des flash-backs. L'expert estimait aussi que cet état de stress post-traumatique avait été développé par le patient sur une personnalité labile avec un trouble affectif bipolaire et un trouble panique anamnestiques, le trouble panique n'étant plus présent au moment de l'expertise. Evoquant un rapport du psychiatre traitant indiquant un épisode dépressif sévère diagnostiqué en 1996, l'expert était d'avis que cet épisode dépressif sévère faisait partie du trouble affectif bipolaire. Il relevait que lors de l'examen pratiqué par ses soins, l'assuré n'avait montré aucun signe de trouble bipolaire, tel qu'un comportement maniaque, ni de symptomatologie dépressive, qu'il présentait une thymie adéquate, n'avait pas de problèmes de concentration ou de mémoire, et était mélancolique seulement lorsqu'il avait parlé de sa maladie cancéreuse, ce qui était tout à fait adéquat. L'expert considérait que le sentiment de ne plus avoir de futur, ressenti alors par l'assuré, faisait partie du cadre de l'état de stress post-traumatique et que le trouble bipolaire de l'assuré ne soit pas présent signifiait que la thérapie dont il bénéficiait pour ce trouble était efficace. Quant au pronostic, le spécialiste le qualifiait de bon si le patient poursuivait la thérapie psychiatrique de sa maladie bipolaire, dans la mesure où il était nécessaire que l'assuré prenne la médication et soit traité par un psychiatre durant toute sa vie, avec une fréquence de deux séances par mois.

Concernant la capacité de travail, l'expert estimait que du point de vue psychiatrique, il fallait partir de l'idée que l'assuré était à l'heure actuelle capable de travailler à 100%, car dans l'examen psychiatrique, il n'avait pas présenté de signe d'une diminution de la flexibilité cognitive et affective, ni

de fatigabilité, de problèmes de mémoire ou intellectuels, et était également adéquat dans sa thymie. L'expert ajoutait encore qu'au vu du cancer subi par l'assuré, le travail serait bénéfique pour lui, car ainsi, il ne penserait pas sans arrêt à sa problématique cancéreuse et aurait de nouveau un contenu dans sa vie, ce qui diminuerait les pensées dysfonctionnelles dans le cadre de la maladie cancéreuse. L'expert concluait à une pleine capacité de travail dans tous les travaux exercés par le passé, pendant huit à neuf heures par jour avec un rendement de 100%, en précisant qu'au vu des angoisses en raison du cancer subi dans le passé, il était nécessaire que l'assuré ne fasse pas un travail où il serait confronté à la maladie ou à la mort.

4.2 Dans le cadre de l'instruction matérielle de la procédure de nouvelle demande ici litigieuse, sur recommandation du 3 mai 2016 d'une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son SMR, l'Office AI Berne a procédé à une nouvelle expertise psychiatrique, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée du 2 mars 2018.

Dans son rapport du 10 janvier 2017, le second expert psychiatre mandaté par l'AI a diagnostiqué, en tant qu'atteinte avec répercussions sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile de type impulsif et borderline (ch. F60.30 CIM-10), en précisant que ce trouble existait depuis l'adolescence. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a constaté une dépendance secondaire à l'alcool (ch. F10.24 CIM-10) actuelle et présente depuis l'adolescence, un abus secondaire de substances opiacées (ch. F11.1 CIM-10) et un abus secondaire de cannabis (ch. F12.1 CIM-10), en relevant que ces consommations durent depuis longtemps. Dans son évaluation du cas, il expose que l'assuré, âgé de 42 ans lors de l'examen, présente manifestement depuis sa jeunesse une large palette de phénomènes et de symptômes psychopathologiques de différentes natures et d'intensités variables, principalement des symptômes d'anxiété accompagnés de phénomènes psychovégétatifs en partie soutenus, de fortes fluctuations d'humeur, d'une grande impulsivité avec des comportements agressifs réguliers envers les tiers et envers lui-même, pouvant aller jusqu'à une tendance suicidaire, ainsi qu'une dépendance plus ou moins forte à l'alcool et, au moins sporadiquement, au

cannabis, à la cocaïne et aux opiacés. Se basant sur la biographie du patient, mentionnant notamment un rapport de sortie d'une clinique psychiatrique du 4 décembre 2006 et un rapport de la même année du psychiatre traitant, l'expert souligne que pratiquement tous les symptômes typiques, selon l'ICD-10, du trouble de la personnalité diagnostiqué sont présents chez l'assuré depuis l'enfance et l'adolescence et marquent l'ensemble de sa biographie d'une manière impressionnante. Le psychiatre déclare qu'en opérant une appréciation critique de la biographie et de l'anamnèse du patient, il aboutit à un trouble présentant un caractère pathologique élevé, compte tenu des divergences de fonctionnement importantes de l'assuré par rapport à la normale. Il relève que le patient subit depuis toujours une souffrance personnelle due à son atteinte, qui est devenue relativement élevée avec le temps en raison des échecs répétés de ses efforts sans nul doute réels et intensifs en vue d'atteindre un fonctionnement psychosocial constant et durable, et ce malgré une intelligence suffisante et la présence de facultés intellectuelles et de ressources. D'après l'expert, cette évolution négative explique la survenance régulière de décompensations dans le passé et la symptomatique actuelle.

L'expert psychiatre s'exprime aussi en détail par rapport aux autres avis médicaux figurant au dossier et aux diagnostics et constatations émanant de ceux-ci, en particulier de la première expertise psychiatrique précitée du 4 septembre 2007. A cet égard, il analyse minutieusement le diagnostic d'état de stress post-traumatique posé dans celle-ci, et également par l'ancien psychiatre traitant, et conclut en substance qu'au moment où lui-même procède à l'examen du patient, les symptômes spécifiques d'un état de stress post-traumatique ne sont pas objectivables ni explorables. Il indique en outre que les critères du diagnostic différentiel éventuel, face à un état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (ch. F62.0 CIM-10) n'apparaissent pas non plus remplis en l'occurrence. En guise de conclusion sur ce point, l'expert déclare que si le patient devait bel et bien avoir développé des symptômes typiques d'un état de stress post-traumatique après sa maladie cancéreuse, constatée en 2003, et le traitement de longue durée qui s'en est suivi, ces symptômes ont dans

l'intervalle disparu complètement depuis un certain temps déjà et ne sont plus présents. Dans ce contexte, il souligne d'abord que la psychopathologie constatée actuellement chez l'assuré, comprenant un spectre très étendu de symptômes psychoneurotiques, procède d'un développement ayant commencé déjà dans l'enfance et la jeunesse, bien avant 2003, et ne peut être expliqué uniquement par un état de stress post-traumatique ou un trouble anxieux, dépressif ou bipolaire, mais consiste manifestement en un trouble de la personnalité à caractère émotionnel, instable et borderline. L'expert précise que la capacité de travail des patients atteints de troubles de la personnalité tels que celui dont souffre l'assuré est difficilement évaluable, car variant fortement dans le temps; en outre, ces patients tendent à connaître fréquemment des conflits dans leur environnement professionnel.

Répondant aux questions de l'Office AI Berne et procédant à l'évaluation du caractère invalidant de l'atteinte diagnostiquée au moyen des indicateurs standards découlant de la grille d'évaluation normative et structurée applicable d'après la jurisprudence relative aux troubles psychiques et affections assimilées (voir ci-dessus c. 2.4), en reprenant point par point l'essentiel de ses considérations précitées, l'expert souligne qu'au vu des troubles psychiques actuels, perdurant depuis longtemps et ayant provoqué plusieurs décompensations parfois prononcées, l'assuré apparaît psychologiquement particulièrement fragile et instable déjà depuis sa jeunesse. Il conclut qu'une activité professionnelle constante sur le marché libre de l'emploi n'est, dans ces circonstances, pas exigible pour le moment et jusqu'à nouvel ordre, et qu'il y a lieu de retenir une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité antérieure de peintre en bâtiment et dans toute autre activité. Pour le surplus, l'expert nie la présence chez l'assuré de motifs d'exclusion tels qu'une aggravation, une dramatisation ou un comportement histrionique, souligne que celui-ci ne disposait dès l'enfance et la jeunesse que de ressources limitées et ne constate, au niveau de la consistance, aucune discrépance entre les symptômes décrits, l'incapacité de travail attestée et le comportement du recourant dans sa vie quotidienne. Au niveau des traitements médicaux entrepris et de la compliance, l'expert relève néanmoins que l'assuré n'a été suivi ambulatoirement du point de vue psychiatrique, au cours des dix dernières

années, qu'à intervalles relativement espacés et avec, en partie, de longues interruptions, que le traitement psychiatrique a été complètement interrompu depuis 2016 et que la compliance médicamenteuse apparaît douteuse, une abstinence de consommation de drogues n'étant en outre jamais intervenue pour une longue durée. Le psychiatre recommande dès lors un traitement intensif, pouvant même être entrepris de manière stationnaire, en vue d'effectuer un sevrage de l'alcool et des drogues consommées, et un suivi ultérieur en clinique de jour ainsi que, à moyen terme, une intégration dans un programme d'occupation et/ou d'entraînement au travail. Il est d'avis qu'une telle démarche est exigible de l'assuré dans le cadre de son obligation de réduire le dommage et qu'elle est également dans son intérêt thérapeutique; il relativise toutefois son pronostic en rappelant l'état chronicisé du patient et estime qu'une possibilité d'influence thérapeutique semble difficile et exigerait à tout le moins des efforts de longue durée.

5.

5.1 Elaborée sur la base d'un entretien personnel avec l'assuré et d'une étude fouillée de l'ensemble du dossier médical, l'expertise comporte une anamnèse précise et très détaillée sur les plans personnel, familial, professionnel et social. L'expert, dont la qualification ne peut être mise en doute, a également soigneusement consigné les plaintes subjectives du recourant, tout comme les constatations objectives découlant de ses propres observations ainsi que ses évaluations diagnostiques très détaillées. En particulier, l'expert a examiné l'expertise psychiatrique antérieure du 4 septembre 2007 et pris position en détail sur les constatations de son confrère à cette époque. Les conclusions de l'expert sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. L'expert a notamment formulé sa proposition niant toute exigibilité d'activité sur le marché du travail ordinaire et d'incapacité totale de travail à la lumière des critères de classification, des motifs d'exclusion et des

indicateurs définis par la jurisprudence, applicables à l'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques (voir ci-dessus c. 2.4).

5.2 Sur cette base, l'intimé a considéré que l'expertise du 10 janvier 2017 n'établissait pas une détérioration de l'état de santé du recourant par rapport à celui qu'il présentait lors de la décision rendue le 16 novembre 2007, fondée sur la première expertise psychiatrique du 4 septembre 2007, mais ne constituait qu'une appréciation différente d'un même état de fait, ne justifiant pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA selon la jurisprudence constante, qui veut que l'appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2018 UV n° 22 c. 2.2.1).

5.3 Il est vrai que l'invalidité est une notion de nature juridique qui ne coïncide pas nécessairement avec la notion médicale de la maladie ou de l'invalidité. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne peuvent néanmoins ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (ATF 140 V 193 c. 3.1 et 3.2 avec références; TF 8C_703/2018 du 13 juin 2019 c. 4.2.2). Cela étant, le point de vue de l'intimé ne peut être partagé.

En effet, contrairement à ce qu'estime l'intimé, les informations fournies par le second expert se concentrent sur la description détaillée des effets actuels de l'état de santé de l'assuré sur sa vie quotidienne et sa capacité de travail, et ne permettent pas de tirer de conclusions précises quant à l'évolution antérieure. Même si l'expertise s'avère probante, cohérente et convaincante quant à son appréciation au moment où elle a été effectuée, force est de constater qu'elle ne permet en aucun cas de se convaincre en suffisance (selon une vraisemblance prépondérante) de l'existence ou non de modifications susceptibles de remettre en cause le refus total de prestations du 16 novembre 2007. L'expert a lui-même expressément souligné que la capacité de travail de personnes souffrant de troubles tels que ceux de l'assuré variait fortement dans le temps et était difficilement évaluable. Il s'ensuit que l'expert n'exclut ni ne contredit nullement, en tant

que telle, l'évaluation qui émane de la première expertise psychiatrique du 4 septembre 2007, dont l'auteur indiquait qu'"il fallait partir de l'idée que l'assuré était à *l'heure actuelle* capable de travailler à 100%". Les termes utilisés par le premier expert laissent en effet clairement entendre qu'il s'agissait là d'une appréciation ponctuelle de la capacité de travail du recourant, susceptible d'évoluer à l'avenir. A la lecture de l'expertise du 10 janvier 2017, on relève en faveur d'une absence de modification depuis 2007, le fait que le second expert constate à de nombreuses reprises une symptomatologie typique d'un trouble de la personnalité perdurant depuis l'enfance ou l'adolescence et qui, de ce fait, existait déjà en 2007. En revanche, parlent en faveur d'une évolution depuis la première expertise, le long laps de temps écoulé depuis le refus de prestations prononcé le 16 novembre 2007, les fluctuations inhérentes aux maux dont souffre l'assuré, les évaluations des aptitudes de l'assuré nettement discordantes des deux experts et le phénomène de chronicisation indiscutable des troubles. Par ailleurs, on constate aussi que le second expert évoque également une possible influence de la polytoxicomanie relevée chez l'assuré, certes qualifiée de secondaire, mais qui mérite d'être examinée plus avant, ainsi qu'une compliance déficiente de l'assuré. Face à ce manque d'informations, force est de constater que l'intimé n'a pas posé au second expert les questions spécifiques incontournables qui s'imposent lorsqu'il s'agit d'évaluer la présence ou non de motifs de révision de prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA – et, partant, de la justification matérielle d'une nouvelle demande de prestations (voir ci-dessus c. 2.5) – et que ce dernier n'a pas abordé spontanément ce sujet. Or dans le cadre de l'examen d'une modification des circonstances susceptible d'influer sur le degré d'invalidité, c'est l'existence d'une différence déterminante des faits, constatée dans le dossier médical, qui fait l'objet de la preuve à apporter. Dans ce contexte, considérée individuellement, une évaluation médicale complète, compréhensible et concluante qui aurait, dans le cadre d'une première évaluation du droit à des prestations, valeur de preuve, manque en règle générale de la force probante légalement nécessaire si l'évaluation médicale qui s'écarte d'une évaluation précédente n'indique pas, de manière suffisamment compréhensible, dans quelle mesure une péjoration (ou, le cas échéant, une amélioration) effective de l'état de santé s'est produite. Dans cette mesure, ce sont en effet des exigences

particulières qui régissent la force probante d'évaluations médicales (SVR 2018 IV n° 13 c. 4.2, en particulier 4.2.1, par analogie avec la révision de rente).

5.4 Au vu de ce qui vient d'être exposé, on ne peut dès lors que constater que l'expertise du 10 janvier 2017 ne permet pas d'établir selon un degré de vraisemblance prépondérante si l'état de santé psychique du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail ont connu une péjoration ou non par rapport à l'état de fait prévalant lors de la première décision de refus de prestations du 16 novembre 2007. Or cette question s'avère déterminante pour ce qui concerne le droit du recourant à des prestations de l'AI, ainsi que, cas échéant, l'ampleur, la nature et le début de ces prestations. Il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il instruisse de façon adéquate au moyen d'une nouvelle expertise - ou d'un complément du rapport de janvier 2017 - la question de l'existence ou non, le cas échéant de l'ampleur, d'une détérioration de l'influence de l'état de santé du recourant sur sa capacité de travail par rapport à la situation résultant de la première expertise du 4 septembre 2007, qui a servi de base à la décision du 16 novembre 2007. L'intimé veillera à recueillir toutes les informations nécessaires lui permettant d'évaluer juridiquement l'appréciation proposée par l'expert selon la méthode structurée au moyen d'indicateurs, au sens de la jurisprudence en la matière (voir ci-dessus c. 2.4) et en tenant compte si nécessaire du revirement de la jurisprudence du TF intervenue au sujet de la toxicomanie primaire (TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019). En effet même si, en l'état, les experts médicaux ont qualifié la toxicomanie du recourant de secondaire, l'expertise du 10 janvier 2017 n'exclut pas la possibilité d'une amélioration de la capacité de travail après un traitement médical approprié, ainsi qu'un sevrage pouvant conduire à une abstinence de l'alcool et des autres substances consommées; selon l'expert, ces traitements et mesures apparaissent exigibles de la part du recourant et susceptibles de favoriser son aptitude à entreprendre des démarches en vue de sa réintégration dans le monde du travail (voir ci-dessus c. 4.2 in fine). A cet égard également, l'état de fait nécessite d'être clarifié.

5.5 Ce n'est qu'après avoir procédé à un tel complément d'instruction que l'Office AI Berne sera en mesure de se prononcer en connaissance de cause sur le droit du recourant à des prestations de l'AI pour la période couverte par la demande introduite en juillet 2015 et pourra déterminer aussi le début, la nature et l'ampleur des éventuelles prestations entrant en ligne de compte. Il lui incombera de rendre une nouvelle décision à cet égard.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision contestée du 2 mars 2018 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

6.2 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).

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

6.4 L'assuré, qui obtient gain de cause dans la présente procédure et est représenté par une avocate, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires de sa mandataire du 5 juin 2018, 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 (voir sur le site internet du TA, rubrique "Téléchargements & Publications", la Circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges d'assurances sociales en cas de représentation qualifiée par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique), sont fixés à un montant de Fr. 1'121.05 (honoraires: Fr. 994.50; débours: Fr. 46.40; TVA: Fr. 80.15).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. La requête d'assistance judiciaire est rayée du rôle du Tribunal.
4. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'121.05 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).