

200.2018.513.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 3 janvier 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
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 7 juin 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1981, sans formation professionnelle certifiée, a déposé le 6 novembre 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), requérant l'octroi de mesures professionnelles en indiquant être atteint de cyclothymie. Instruisant la demande, l'Office AI Berne a recueilli divers avis médicaux, notamment une expertise psychiatrique du 4 juin 2015, et entrepris sans succès une mesure d'entraînement au travail auprès d'un centre de réadaptation professionnelle du 17 mars 2014 au 8 mars 2015. Par décision du 2 décembre 2015, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, considérant qu'une dépression en rémission, telle que celle qui avait été diagnostiquée, ne représente pas une atteinte à la santé invalidante au sens des dispositions légales. Par jugement du 21 septembre 2016 (JTA AI/2016/114), la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) a admis le recours interjeté par l'assuré contre cette décision et renvoyé la cause à l'Office AI Berne pour instruction médicale complémentaire sur le plan psychiatrique afin de déterminer si l'atteinte à la santé diagnostiquée chez le recourant causait, au moment où la décision contestée avait été rendue, une diminution de sa capacité de travail et de gain pour une longue durée, voire de manière permanente, et si, le cas échéant, une telle diminution de la capacité de travail et de gain était susceptible d'être améliorée par des mesures professionnelles de réadaptation qui s'avèreraient exigibles de sa part à moyen et long terme.

B.

Saisi à nouveau du dossier, l'Office AI Berne a recueilli des rapports du médecin et des psychiatres traitants de l'assuré et invité une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) à se prononcer sur le cas. Sur recommandation de cette dernière, il a par ailleurs procédé à une nouvelle expertise psychiatrique de l'assuré. Le spécialiste mandaté à cet effet a

rendu son rapport en date du 8 mai 2017. Sur cette base, par préorientation du 30 août 2017, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'il entendait derechef rejeter sa demande de prestations, considérant qu'il ressortait de l'expertise psychiatrique du 8 mai 2017 qu'il avait souffert d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission depuis au moins 2015 et d'une dysthymie, affections qui ne représentent pas des atteintes à la santé invalidantes au sens des dispositions légales et de la jurisprudence. Nonobstant les objections présentées le 2 octobre 2017 par le mandataire de l'assuré, l'Office AI Berne a confirmé sa préorientation du 30 août 2017 par une décision formelle du 7 juin 2018.

C.

Par acte du 9 juillet, complété le 9 août 2018, l'assuré, représenté par le même avocat, a recouru contre la décision précitée du 7 juin 2018 auprès du TA. Sous suite des frais et dépens, il conclut à son annulation, principalement à l'octroi d'une rente entière 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 9 août 2018, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Le 4 septembre 2018, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 7 juin 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 considère qu'il ne subit aucune incapacité de travail et que l'expertise psychiatrique du 8 mai 2017 postule une capacité de travail pleine et entière dans le même type d'activité que celle exercée auparavant, alors que son parcours de vie démontre qu'il subissait des incapacités de travail régulièrement et de longue durée.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi 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).

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 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 aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49. 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. 2.2.1 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 systémique 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).

2.3 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).

2.4 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). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve,

ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

2.5 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).

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.

3.1 A l'appui de la décision contestée, l'Office AI Berne a reconnu que le recourant a souffert d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission depuis au moins 2015, et d'une dysthymie, tels qu'ils ont été diagnostiqués dans l'expertise psychiatrique du 8 mai 2017, mais a considéré qu'une dépression en rémission ne représente pas une atteinte à la santé invalidante au sens des dispositions légales et qu'avant 2015, l'assuré n'a jamais suivi une thérapie conséquente, raison pour laquelle les incapacités de travail qui en ont résulté ne peuvent être prises en compte. Concernant la dysthymie, l'intimé a estimé que ce diagnostic ne peut pas être considéré comme lourd et persistant, et que selon la jurisprudence en vigueur, une telle atteinte ne restreint pas à elle seule la capacité de travail. Prenant position sur les objections invoquées face à la préorientation du 30 août 2017, l'intimé a encore précisé qu'il n'y a pas vraiment de contradiction entre les expertises du 8 mai 2017 et du 4 juin 2015. En outre, l'Office AI Berne est d'avis que l'évaluation faite par la psychiatre

traitante dans son rapport du 19 novembre 2016 représente uniquement une appréciation différente d'un même état de fait et que le trouble dépressif léger qu'elle a constaté ne constitue pas une atteinte à la santé ayant une influence permanente sur la capacité de travail et entraînant une invalidité. De ce fait, l'intimé conclut qu'une force probante entière doit être reconnue à l'expertise du 8 mai 2017 et qu'une instruction complémentaire n'est pas nécessaire. Dans son mémoire de réponse du 9 août 2018, l'intimé a notamment ajouté qu'au cours de l'ensemble de la procédure d'instruction de sa demande du 7 novembre 2012, le recourant a été examiné à trois reprises par des spécialistes en psychiatrie, et que tant le SMR que les deux experts psychiatres successifs n'ont pu diagnostiquer qu'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Il souligne en outre qu'il n'est pas établi qu'il ait existé à un moment donné depuis 2012 une incapacité de travail de longue durée à la suite du trouble dépressif. Quant aux indicateurs applicables à l'évaluation de l'invalidité d'après la jurisprudence, l'intimé déclare qu'un trouble dépressif en rémission n'est pas un grave trouble psychiatrique et qu'en plus le succès du traitement ou la résistance au traitement parle également pour un faible degré de gravité de ce trouble, dans la mesure où le recourant n'a jamais suivi une thérapie psychiatrique intensive continue, ni jamais une thérapie stationnaire. L'intimé souligne aussi qu'il n'existe pas, chez le recourant, de comorbidités somatiques ou psychiques ayant des répercussions sur la capacité de travail, et qu'on peut citer comme ressources les aptitudes intellectuelles de l'assuré, l'absence de dépendance, la volonté de changer et des objectifs approximatifs, ainsi que les bonnes capacités fonctionnelles dont il a fait preuve dans ses obligations militaires et son emploi de gérant d'un magasin. Enfin, l'intimé remarque que même si on constate un retrait social chez l'assuré, celui-ci a quand même du contact avec sa famille et des relations par internet, qu'il va régulièrement au cinéma, qu'il aime bien lire et adore les jeux vidéos.

3.2 La décision de refus de prestations rendue par l'intimé le 2 décembre 2015 se basait sur l'expertise psychiatrique du 4 juin 2015, qui diagnostiquait, en tant qu'atteinte à la santé avec influence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (ch. F33.4 selon la Classification statistique internationale des maladies et

des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), mais présent depuis 2008. L'expert a par ailleurs nié la présence d'une cyclothymie (ch. F34.0 CIM-10) et d'une dysthymie (ch. F34.1 CIM-10), indiquées dans des rapports du 12 septembre 2008 et du 21 décembre 2012 des psychiatres traitants respectifs de l'époque, ainsi que, après un entretien avec la psychiatre traitante à ce moment-là, d'un trouble affectif bipolaire (ch. F31.9 CIM-10), qui avait été retenu par cette dernière. Pour le surplus, les constatations médicales et les considérations de l'expert ont été abondamment exposées dans le jugement précité de la Cour de céans du 21 septembre 2016 (JTA AI/2016/114) concernant les parties et connu de celles-ci, de sorte qu'il suffit d'y renvoyer. On se contentera ici de mentionner qu'en ce qui concerne la capacité de travail du recourant, l'expert estimait que dans l'immédiat, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles de réduire l'aptitude au travail en termes de courte échéance, mais que le trouble dépressif récurrent constituait en lui-même une limitation fonctionnelle, les périodes de dépression étant itératives et à l'origine d'une symptomatologie incapacitante. Cela étant, l'expert précisait que la capacité de travail du patient était entière à très courte échéance et que globalement, son aptitude au travail devait être qualifiée de nulle eu égard aux rechutes dépressives déjà survenues par le passé. Quant à l'évolution future, l'expert estimait que des mesures professionnelles ne devaient pas être entreprises avant un laps de temps de six mois, période permettant de statuer sur ce plan particulier, mais que des mesures occupationnelles quotidiennes devaient par contre être mises en place dans le but de structurer le quotidien de l'assuré et de l'habituer à un rythme de travail.

Dans son jugement du 21 septembre 2016, la Cour de céans a reconnu que le diagnostic et les constatations de l'expert se voyaient pour l'essentiel corroborés par les avis médicaux de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR appelée à prendre position sur le cas du recourant (JTA AI/2016/114 c. 4.1 et 4.2).

3.3 Dans le cadre de la reprise de l'instruction du cas après le jugement de la Cour de céans du 21 septembre 2016, sur recommandation du 17 janvier 2017 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 7 juin 2018.

Dans son rapport du 8 mai 2017, le second expert psychiatre mandaté par l'AI n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a constaté un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (ch. F33.4 CIM-10) et des traits de la personnalité de type schizotypique (ch. F21 CIM-10). Analysant les interactions entre les différents diagnostics posés antérieurement ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré, le second expert expose que plusieurs diagnostics avaient été retenus par le passé, tout d'abord une dysthymie, puis une cyclothymie et un trouble dépressif récurrent en rémission depuis 2015, de même que des troubles de la personnalité dépendante ainsi que schizotypique. Il déclare avoir retenu pour sa part, au moment de l'entretien et du point de vue anamnestique, uniquement un trouble dépressif récurrent en rémission, celui-ci existant vraisemblablement depuis plusieurs années et en tout cas depuis 2015, et ne pas avoir pu constater un trouble de la personnalité, mais plutôt des traits de la personnalité schizotypique. Il signale que dans un trouble de la personnalité schizotypique, il y a des épisodes dépressifs avec des signes et des symptômes qui peuvent modifier le fonctionnement et les capacités adaptatives de l'assuré, ce qui pourrait expliquer le fait qu'il n'a pas pu rester stable dans les différentes activités professionnelles qu'il a occupées, mais remarque que l'expertise du 4 juin 2015 ne peut pas dire si cette période était suffisamment longue pour justifier l'incapacité de travail attestée. Selon lui, en règle générale, avec un traitement approprié, les signes et les symptômes dépressifs ont tendance à régresser, et il indique que l'assuré a dit lui-même que depuis qu'il prenait deux médicaments, il se sentait beaucoup mieux, à tel point qu'il disait être parfois déprimé quelques heures par jour, mais pas durant plusieurs jours consécutifs. Dans son évaluation du cas en fonction des indicateurs applicables selon la jurisprudence à l'appréciation de l'invalidité en cas d'atteintes psychiques (voir ci-dessus c. 2.2), le second expert remarque notamment qu'au vu du dossier et des documents médicaux, il est difficile de comprendre pourquoi cet assuré n'est pas resté très stable au niveau professionnel, et que durant la période de 2014 à 2015, alors qu'il faisait l'objet d'une mesure

professionnelle, son taux de présence était de 70%. Il déclare qu'au moment de l'entretien avec le patient, ce dernier ne présentait pas de signes et symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé et qu'il n'y avait donc pas de limitations fonctionnelles, mais que celles-ci dépendaient des décompensations dépressives et qu'il était difficile de pouvoir dire les périodes pendant lesquelles cet assuré n'avait pas pu travailler à cause de ses manifestations dépressives. Le second expert précise toutefois que le premier expert psychiatre avait retenu en 2015 comme diagnostic un trouble dépressif en rémission et, malgré cela, une incapacité de travail à 100%, ce qui apparaît contradictoire. Il exclut néanmoins l'existence de motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes, de même qu'une maladie addictive. S'agissant de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution, le second expert relève que le patient avait été décrit par un psychiatre traitant antérieur comme présentant une personnalité dépendante, ce que le premier expert psychiatre n'avait pas retenu en 2015. Il poursuit en indiquant que la psychiatre traitante actuelle constatait une personnalité schizotypique, ce qui lui semble être plutôt conforme avec la symptomatologie clinique de l'assuré, lui-même ayant pu retenir des traits d'une personnalité schizotypique notamment par rapport au retrait social, alors même que l'assuré dit qu'il est très sociable, qu'il aime bien être avec les gens et qu'il a une vie intérieure assez riche. Le second expert relativise toutefois en précisant qu'il n'avait pas trouvé tous les signes et symptômes d'un trouble schizotypique selon les critères de la CIM-10. Pour ce qui concerne les ressources personnelles dont dispose l'assuré, le second expert remarque que malgré le trouble dépressif récurrent retenu, il a tout de même été capable d'effectuer le service militaire et de grader, ce qui démontrerait qu'il est intelligent, qu'il a des ressources à faire valoir et que lorsqu'il est dans une structure où il se sent bien contenu, il est capable de développer des capacités adaptatives. Quant à la cohérence des constatations médicales, le second expert déclare en substance qu'il n'y a pas de divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen. Il remarque que les différents diagnostics retenus par les psychiatres s'étant occupés de l'assuré n'ont pas fait véritablement l'objet d'un traitement suivi, et souligne les incohérences qui apparaissent selon lui dans l'expertise de

2015, le premier expert retenant un trouble dépressif récurrent en rémission tout en admettant des limitations fonctionnelles qui empêcheraient l'assuré de travailler et une incapacité de travail à 100%; selon le second expert, une telle conclusion est surprenante, car si l'assuré est en rémission, il ne présente aucune symptomatologie dépressive, et donc aucune limitation. Le second expert constate encore que dans le ménage, les loisirs et les activités sociales, il n'y a pas d'atteinte à la santé qui justifierait l'incapacité de travail de cet assuré qui, certes, dit être isolé, mais est capable de communiquer avec les gens, notamment par internet. Se prononçant sur la capacité de travail de l'assuré, le second expert remarque que l'assuré n'a pas de formation et qu'il a exercé des activités sans beaucoup de responsabilités; dans le même type d'activité que celles exercées jusqu'à présent, il évalue la capacité de travail de l'assuré à 100% s'il est bien encadré.

Par ailleurs, le second expert s'est prononcé quant à la question complémentaire de l'Office AI Berne en rapport avec le jugement de la Cour de céans du 21 septembre 2016, s'agissant de l'intensité et de la durée des épisodes dépressifs survenus, s'inscrivant dans le cadre du trouble dépressif récurrent, ainsi que de l'incapacité de travail qui en a résulté par le passé et qui en résulte actuellement, de même que du pronostic pour l'avenir tant pour des mesures professionnelles de réadaptation et leur exigibilité que pour l'exercice d'une activité lucrative à plus long terme. Il a repris point par point l'essentiel de ses considérations précitées et souligné entre autres aspects que l'assuré présente un trouble dépressif récurrent vraisemblablement depuis l'adolescence, avec des prises en charge depuis 2008 mais sans avoir suivi de thérapie véritable. Du point de vue anamnestique, le second expert est d'avis que lorsque l'assuré a eu des signes dépressifs, il était vraisemblablement incapable de travailler, mais déclare qu'il lui est impossible de préciser les périodes. Pour ce qui est de l'avenir et du pronostic, le second expert estime que l'assuré pourrait travailler dans une activité dans laquelle il n'aurait pas beaucoup de responsabilités tout en étant bien cadré et contenu; il considère que des mesures de réadaptation professionnelle ne semblent pas exigibles, étant donné qu'au moment de l'entretien, il n'y avait pas de décompensation de

son trouble dépressif et qu'il était bien stabilisé, vraisemblablement depuis 2015.

Enfin, le second expert a pris position face aux questions posées par le mandataire du recourant dans un courrier du 14 février 2017. Dans ce contexte, en résumé, il répète que le principal motif pour lequel l'assuré a pu être en incapacité de travail consistait dans les décompensations dépressives qu'il a pu avoir, ses traits de personnalité ne l'ayant pas empêché de travailler. Il souligne une nouvelle fois la contradiction existant dans l'expertise du 4 juin 2015 entre le diagnostic d'un trouble dépressif en rémission et l'attestation d'une incapacité de travail totale.

3.4 Le recourant, quant à lui, fait essentiellement valoir que sa psychiatre traitante, dans son rapport du 19 novembre 2016, établissait une nouvelle rechute qui avait pour conséquence qu'au moment de son appréciation, elle considérait qu'il était capable de travailler à 60%, voire 70%, mais non pas à 100% en raison de ses difficultés psychiques. Le recourant souligne que la praticienne relevait également un rendement réduit et surtout l'absence de stabilité sur plusieurs mois, qu'elle précisait que c'était bien les rechutes dépressives qui posaient problème et était d'avis que le patient ne fera pas face au marché du travail vu ses rechutes. Il conteste l'appréciation d'une pleine et entière capacité de travail faite par le second expert psychiatre dans son rapport du 8 mai 2017, sans que celui-ci explique l'évolution de l'atteinte à la santé du recourant alors même qu'il retient certains diagnostics. Le recourant relève encore que sa psychiatre traitante est plus mesurée, puisqu'elle n'exclut pas une certaine capacité de travail, mais tient compte des rechutes, à savoir de la réalité, ou autrement dit, du fait que le recourant rencontre chroniquement des améliorations mais tout aussi chroniquement des rechutes, comme le démontre son parcours professionnel. Le recourant en conclut qu'il est erroné de considérer qu'il n'a connu et ne connaît aucune incapacité de travail, puisque son parcours de vie démontre qu'il en a eu régulièrement et de longue durée. Il est d'avis qu'il est parfaitement inutile de le contraindre à exercer une activité lucrative pendant un certain temps pour qu'ensuite, il soit à nouveau confronté à ses problèmes et, partant, à nouveau en incapacité de travail, et cela de manière cyclique sans jamais toutefois

l'être suffisamment pour obtenir des prestations de l'AI. Pour ce motif et dans l'éventualité où aucun droit à une rente ne lui serait reconnu, il invoque un droit à des prestations sous forme de mesures d'ordre professionnel ou, le cas échéant, une instruction complémentaire, compte tenu des avis divergents des experts entre eux, et de ceux-ci par rapport à sa psychiatre traitante.

3.5 Elaborée sur la base d'un entretien personnel avec l'assuré et d'une étude fouillée de l'ensemble du dossier médical, l'expertise du 8 mai 2017 comporte une anamnèse précise et très détaillée sur les plans personnel, familial, professionnel et social. Le second expert, dont la qualification ne peut être mise en doute, a également soigneusement consigné les indications subjectives du recourant, tout comme les constatations objectives découlant de ses propres observations ainsi que ses évaluations diagnostiques très détaillées. En particulier, le second expert, dans son anamnèse, a largement décrit le parcours professionnel du recourant et les incapacités de travail récurrentes que ce dernier a subies tout au long de ses divers emplois; en conséquence, contrairement à l'avis du recourant, force est d'admettre que le second expert a manifestement tenu compte du fait qu'il a perdu à répétitions ses emplois en raison de son atteinte à la santé évoluant en dents de scie. En outre, le second expert a examiné l'expertise psychiatrique antérieure du 4 juin 2015 et pris position en détail sur les constatations de son confrère à cette époque. Il a aussi eu un entretien téléphonique avec la psychiatre traitante actuelle du recourant et se prononce expressément, dans l'expertise du 8 mai 2017, sur le diagnostic de personnalité schizotypique posé par celle-ci, déclarant qu'il n'a pas trouvé tous les signes et symptômes d'un tel trouble selon les critères de la CIM-10. S'il a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission, déjà posé dans la première expertise et aussi retenu par la psychiatre traitante, il a en revanche nié une influence actuelle de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assuré, précisément parce qu'elle était en rémission. 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 son évaluation de la capacité de travail à 100% de

l'assuré 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. 2.2). Il a également clairement déclaré que le trouble dépressif du recourant avait vraisemblablement provoqué des périodes d'incapacité de travail, mais qu'il lui était impossible de préciser les périodes en question, et qu'à l'avenir, il était exigible de l'assuré de travailler à 100% dans une activité sans beaucoup de responsabilité et avec un bon encadrement. Par ailleurs, il s'avère convaincant dans sa mise en lumière de la contradiction inhérente à l'expertise du 4 juin 2015, résidant dans la constatation par son confrère, d'une part, d'un trouble dépressif en rémission ne provoquant pas dans l'immédiat de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles de réduire l'aptitude au travail, et d'autre part dans l'attestation d'une incapacité de travail totale de l'assuré du fait qu'on ignorait si la rémission s'avérerait durable. En procédant de la sorte, le premier expert s'est en effet livré à des conjectures et s'est éloigné d'une évaluation actuelle et concrète de la capacité de travail du patient sur la base des constatations médicales avérées au moment où il rédigeait son expertise. Quant à l'évaluation de la psychiatre traitant le recourant, émise dans son bref rapport du 19 novembre 2016 et reconnaissant une capacité de travail à ce moment-là entre 60% et 70%, elle ne permet pas de mettre en doute les conclusions largement étayées du second expert. Partant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (ch. F33.00 CIM-10), elle considère que son patient n'est pas apte à travailler à 100% en raison d'un manque de motivation et d'énergie, de troubles du sommeil, d'anxiété avec augmentation de l'appétit et d'une légère irritabilité, d'une absence de stabilité sur plusieurs mois et d'une impossibilité de faire face au marché du travail au vu de ses rechutes. Au vu du degré de capacité de travail jusqu'à 70% qu'elle a retenu, on doit néanmoins reconnaître qu'elle admet que son patient est encore à même d'exercer une activité lucrative dans une mesure relativement importante. Au surplus, il convient de tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de

famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

3.6 Cela étant, pleine valeur probante peut être reconnue à l'expertise psychiatrique du 8 mai 2017, qui répond à tous égards aux conditions formelles posés par la jurisprudence (voir ci-dessus c. 2.3 et 2.4). L'anamnèse et l'évaluation du cas très fouillées contribuent à ancrer l'expertise dans un contexte aussi concret que possible. Sur le plan strictement médical, l'expert dresse un état clinique minutieux et discute longuement les diagnostics psychiatriques concernés par la situation clinique actuelle et son évolution antérieure. Il motive avec une cohérence convaincante sa conclusion selon laquelle le trouble dépressif récurrent en rémission, présent depuis l'adolescence, et les traits de la personnalité de type schizotypique diagnostiqués n'entravent pas la capacité de travail actuelle au moment où il a rédigé son rapport. Ainsi qu'il le précise encore, des mesures de réadaptation professionnelle n'apparaissent pas indiquées, étant donné qu'au moment de l'entretien, il n'y avait pas de décompensation du trouble dépressif du recourant et qu'il était bien stabilisé vraisemblablement depuis 2015. Par ailleurs, aucun élément au dossier ne laisse penser que l'état de santé du recourant et ses répercussions sur la capacité de travail se soient péjorés entre l'expertise du 8 mai 2017 et la date où la décision contestée du 7 juin 2018 a été rendue, déterminante pour l'appréciation de l'état de fait en droit des assurances sociales (voir ci-dessus c. 2.5); le recourant ne l'invoque d'ailleurs pas. A cette date déterminante, on ne peut dès lors pas non plus admettre que le recourant ait été menacé d'une invalidité, de manière à ouvrir un droit à des mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1 LAI. La mise sur pied de mesures d'instruction supplémentaires, ainsi que le requiert le recourant dans ses conclusions subsidiaires, est donc superflue. Se ralliant par conséquent aux conclusions de l'expertise du 8 mai 2017, la Cour de céans considère qu'en date du 7 juin 2018, l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps une activité lucrative semblable à celles auxquelles il avait vaqué auparavant. Enfin, rien n'indique, selon un degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (condition légale mise à l'octroi d'une rente; art. 28 al. 1

let. b LAI) entre le dépôt de sa demande de prestations, intervenu le 7 novembre 2012, et la décision litigieuse du 7 juin 2018.

4.

4.1 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'Office AI Berne a nié le droit du recourant à des prestations de l'AI faute d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'art. 8 LAI. En conséquence, le recours doit être rejeté.

4.2 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).

4.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée aux frais de justice).

4.3.1 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 ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

4.3.2 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir les 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, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête peut dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Dès lors, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton à ce titre.

4.3.3 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton) 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 (dispense des frais de procédure) est admise.
3. Les frais de la présente 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. 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 mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

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).