

**200.2018.613.AI**  
N° AVS  
ANP/REN

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

**Jugement du 10 février 2020**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
P. Annen-Etique, greffière

**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 29 juin 2018



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1972, séparé et père de trois enfants (nés en 2001, 2003 et 2007), a exercé la profession de coiffeur (d'abord comme salarié, puis indépendant) avant de se reconvertir en 2001 en tant qu'agent postal de distribution. Courant avril 2003, il a sollicité auprès de l'assurance-invalidité (AI) des mesures professionnelles en raison d'un trouble cardiovasculaire qui lui ont été refusées le 22 décembre 2003. Son employeur l'a par la suite annoncé à fin mars 2013 à l'AI en vue d'une détection précoce suite à une incapacité de travail à 100% attestée dès le 9 août 2012 en lien avec des problèmes podaux. Une demande AI datée du 10 juillet 2013 a été déposée en raison de cette symptomatologie. L'Office AI Berne a recueilli l'avis de la généraliste traitante (également sous l'angle des contraintes liées au maintien du poste de travail) et ordonné un bilan des potentiels professionnels et médicaux (BPM) qui s'est déroulé du 20 janvier au 16 février 2014 (rapport y relatif du 16 avril 2014). L'assuré a été licencié pour fin septembre 2014 par son employeur.

**B.**

Dans deux préorientations successives des 28 mai et 14 juillet 2014, l'Office AI a nié le droit à des mesures professionnelles. Les observations à l'encontre du second préavis s'appuyaient principalement sur l'appréciation des Services C. \_\_\_\_\_ dont l'office précité a ensuite recueilli l'appréciation. L'assuré a effectué du 21 juillet au 23 août 2014 un séjour de réadaptation psychosomatique, puis a bénéficié d'une cure de réadaptation du 1<sup>er</sup> au 14 mars 2015 des suites d'une double rhizotomie L3/L4 et L5/S1 pratiquée le 23 février 2015. Des expertises rhumatologique et psychiatrique ont été établies les 9 et 11 juin 2015. Par préorientation du 7 décembre 2015 à nouveau contestée à l'aide d'un rapport des Services C. \_\_\_\_\_, l'Office AI a rejeté la demande de prestations. Du 12 avril au 2 mai 2016, l'intéressé a à nouveau été hospitalisé en vue d'une réadaptation psychosomatique. Nanti d'une nouvelle expertise

psychiatrique rédigée le 12 avril 2017 et complétée le 23 mars 2018, l'Office AI, après une nouvelle préorientation, a formellement octroyé le 29 juin 2018 à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2017.

### **C.**

Par acte du 4 septembre 2018, l'assuré, représenté par une mandataire (qui l'assistait déjà dans les procédures de préorientation devant l'Office AI), a porté le litige auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). A titre préalable, il conclut à l'octroi de l'assistance judiciaire ainsi qu'à la désignation de son avocate comme mandataire d'office et, sur le fond, à l'annulation de la décision du 29 juin 2018 et "partant [de] la décision du 6 juin 2018 du même Office", ainsi qu'à ce qu'il soit constaté qu'il présente une incapacité de travail entière dans toute activité depuis mai 2014 donnant droit à une rente d'invalidité entière à partir de mai 2015. Le 7 novembre 2018, l'Office AI a renoncé à déposer une réponse et s'est limité à renvoyer intégralement à sa décision du 29 juin 2018 et à conclure au rejet du recours. Faute de réaction du recourant à une ordonnance judiciaire l'invitant à étayer sa requête d'assistance judiciaire, cette dernière a été rejetée dans la mesure de sa recevabilité par décision incidente du 24 septembre 2018. La mandataire du recourant a envoyé une note d'honoraires datée du 19 mars 2019.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 29 juin 2018 accordant à l'assuré une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 représente l'unique objet de la contestation. En effet, "la décision du 6 juin 2018" dont le recourant demande également l'annulation ne représente qu'une communication informelle à l'attention de la caisse fédérale de compensation en vue du

calcul de la prestation et de l'établissement de la décision correspondante (précisément rendue le 29 juin 2018). L'objet du litige, quant à lui, porte sur l'annulation de cette décision en tant qu'elle ne reconnaît pas au recourant le droit à une rente d'invalidité entière pour toute la période du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 mars 2017.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20], art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). A toutes fins utiles, on précisera néanmoins que la conclusion tendant au constat du droit du recourant à une rente entière de l'AI doit être interprétée comme un élément de la motivation du recours (absence d'intérêt digne d'être protégé au constat, lequel est subsidiaire par rapport aux conclusions formatrices visant l'octroi de prestations de la part de l'AI; ATF 122 V 28 c. 2b).

**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.**

A titre liminaire et à mesure que le recourant entendrait faire valoir une violation de son droit d'être entendu par le fait qu'il n'a eu connaissance des expertises rhumatologique et psychiatrique des 9 et 11 juin 2015 "qu'après la notification de la communication de préorientation du 7 décembre 2015 et ce, suite à une demande de consultation de l'intégralité du dossier"

(recours art. 5 p. 4), l'on précisera ce qui suit. Le droit de consulter le dossier selon l'art. 47 al. 1 let. a LPGA fait partie du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.). Il s'agit d'un droit de nature procédurale, qui confère à la personne assurée, dans la mesure où les intérêts privés prépondérants sont sauvegardés, le droit d'accès aux données qui la concernent. Ce droit se réfère en principe à tous les actes de procédure (ATF 140 V 464 c. 4.1). En règle générale, une partie qui veut consulter le dossier doit déposer une requête en ce sens. Cela suppose que les intéressés soient informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 132 V 387 c. 6.2 et 6.3; SVR 2018 KV n° 3 c. 2.1). Au présent cas, dès la constitution de son mandat le 28 mai 2014, la mandataire de l'assuré a demandé à pouvoir consulter le dossier de la cause, puis a renouvelé sa requête les 15 décembre 2015 et 28 septembre 2017; l'intimé a accédé à chacune de ses demandes en lui transmettant le dossier sous forme électronique (dossier intimé [dos. int.] 60/1-2; 63; 99/1; 100; 137/2; 139). Cela étant, on ne comprend pas pourquoi les expertises rhumatologique et psychiatrique des 9 et 11 juin 2015 n'ont pas été adressées au recourant, par sa mandataire, en même temps que le préavis du 7 décembre 2015, mais seulement lors de l'envoi en décembre 2015 de l'intégralité du dossier sous sa forme électronique. Certes, dès lors qu'il s'était soumis à ces investigations spécialisées, l'intéressé ou à tout le moins sa représentante n'étaient pas sans ignorer que les experts mandatés seraient tôt ou tard amenés à rendre à l'Office AI leurs conclusions écrites, respectivement que celles-ci seraient ensuite versées au dossier de la cause. Ces expertises, sur lesquelles se fondait le préavis, n'en constituaient pas moins des pièces essentielles qui devaient être communiquées au recourant. Dans la mesure toutefois où les expertises précitées ont été transmises à ce dernier, sur demande de sa mandataire et que l'intéressé a, dès lors, été en mesure de s'exprimer sur elles dans ses observations du 25 janvier 2015, il n'a pas été entravé dans l'exercice de ses droits. Une violation du droit d'être entendu ne peut dès lors être retenue sur ce point. L'assuré ne saurait non plus tirer argument du fait que les expertises en question ont été rédigées en allemand alors qu'il ne parlerait pas cette langue et qu'il en aurait informé l'intimé. En tout état de cause, il ne s'est pas opposé à la désignation par l'Office AI des experts concernés de langue allemande et il ressort de

surcroît du dossier qu'il maîtrise, respectivement parle très bien le dialecte bernois et l'allemand (dos. AI 96.1/17 et 22). Certes, et même s'il n'existe aucun droit général à obtenir les pièces du dossier dans la langue maternelle de la partie concernée, un droit à une traduction peut découler du droit d'être entendu, à tout le moins lorsqu'il s'agit d'une langue nationale (UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 42 n. 18 avec références citées). Quoi qu'il en soit, le recourant s'est en l'occurrence et sur sa demande vu délivrer une traduction en français des expertises rhumatologique et psychiatrique des 9 et 11 juin 2015. L'intimé a en outre accédé à sa requête tendant à ce que la seconde expertise psychiatrique dont le rapport a été établi le 12 avril 2017 soit confiée à un médecin psychiatre francophone.

Il suit dès lors de l'ensemble de ce qui précède que le droit d'être entendu de l'assuré n'a sous aucun aspect été violé et que ce grief doit être écarté.

### 3.

**3.1** 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

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 (art. 28 al. 2 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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 (art. 16 LPGA).

**3.2** 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). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b). Aussi, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 phr. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]).

**3.3** 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 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1<sup>ère</sup> phr. LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

**3.4** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). 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 (ATF 140 V 193 c. 3.2; SVR 2017 IV n° 75 c. 4.1.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPGA).

**3.5** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). 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).

#### 4.

**4.1** Pour rendre sa décision contestée d'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017, l'Office AI s'est appuyé sur la seconde expertise psychiatrique du 12 avril 2017 et son complément du 23 mars 2018 postulant une incapacité de travail entière dans tout type d'activité à partir de l'hospitalisation de l'assuré dans une clinique de réadaptation en avril 2016. Ce faisant, il s'est écarté des conclusions du premier expert psychiatre qu'il avait précédemment mandaté et qui s'était prononcé, le 11 juin 2015, en faveur d'une capacité résiduelle de travail à 50% dès mars 2014 dans un emploi adapté autre que la dernière activité exercée comme agent postal de distribution. Admettant par contre sur la base de la seconde expertise psychiatrique une incapacité de travail entière dans tout emploi perdurant depuis l'hospitalisation d'avril 2016, le même office a évalué à Fr. 0.- le revenu avec handicap et a partant fixé à 100% le degré d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2017 (échéance du délai d'attente d'une année).

Le recourant fait grief à l'intimé d'une "interprétation hautement réductrice" par le fait que celui-ci s'est distancié, au motif que les troubles psychiques étaient exclusivement imputables à des problèmes d'ordre psychosocial, de l'appréciation du premier expert psychiatre de juin 2015. Sont également improuvés dans le recours le résultat de l'évaluation rhumatologique, ainsi que l'absence de nouvelles investigations ordonnées sur ce plan médical. L'assuré conteste enfin le fait que l'intimé, se ralliant à la seconde expertise psychiatrique, ait nié la réalisation des indicateurs propres à établir l'existence d'une atteinte à la santé psychique pour toute la période d'août 2012 à avril 2016. Aux fins de contrer cette appréciation, il invoque son suivi médical dès mai 2014 à raison d'une problématique dépressive qui excluait toute capacité de travail à compter de cette même date.

**4.2** En procédure de recours, l'assuré a produit un rapport médical établi le 24 juillet 2018 par l'hôpital D.\_\_\_\_\_, Département E.\_\_\_\_\_  
(ci-après: Hôpital D.\_\_\_\_\_, Département E.\_\_\_\_\_ - structure au sein de laquelle a été intégré le Réseau F.\_\_\_\_\_ qui avait lui-même remplacé les Services C.\_\_\_\_\_) (dos. recourant [rec.] 3 p. 1 et 2). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la

décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, le rapport médical précité est certes postérieur à la décision contestée du 29 juin 2018, mais permet certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà bien avant le prononcé de celle-ci. Il y aura dès lors lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'appréciation des preuves (c. 4.3.8 et 5 infra).

**4.3** Les principales sources médicales suivantes au dossier administratif de l'intimé se prononcent sur l'état de santé et/ou la capacité de travail du recourant.

**4.3.1** Suite au dépôt de la demande de mesures professionnelles et de rente du 10 juillet 2013, l'Office AI s'est tout d'abord enquis de la problématique podale du recourant. Dans un rapport AI du 28 août 2013, l'hôpital cantonal G.\_\_\_\_\_, par sa division d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué avec influence sur la capacité de travail une fasciite plantaire droite dès août 2012. A raison de cette affection, les mêmes spécialistes ont estimé que le patient subissait des restrictions de charge et qu'il ne pouvait se déplacer ou maintenir que de façon limitée les postures prolongées debout et à la marche. A leur appréciation étaient annexés deux rapports médicaux adressés antérieurement à la généraliste traitante (dos. int. 31/2-9). Par l'entremise de l'assurance-maladie indemnités journalières de l'assuré, l'Office AI s'est en outre fait remettre copie de rapports émanant de cette généraliste et du Centre H.\_\_\_\_\_, ainsi que de divers comptes rendus radiologiques (dos. int. 29.5/2-6, 10-19).

**4.3.2** La généraliste traitante a préalablement, en date du 30 juillet 2013, clarifié dans le cadre des mesures AI de détection précoce les contraintes physiologiques liées au poste de travail (dossier intimé [dos. int.] 35/5-8). Le 26 septembre 2013, elle a diagnostiqué une fasciite plantaire droite influençant la capacité de travail et, sans répercussion sur celle-ci, des cervicalgies et céphalalgies récidivantes, un syndrome ilio-sacral et une dépression (dos. int. 36/2-6). Sous l'angle des répercussions fonctionnelles

des atteintes, la généraliste traitante a originellement attesté à l'attention de l'AI une incapacité de travail à 100% du 9 août au 2 décembre 2012, à 50% du 3 au 7 décembre 2012, à nouveau de 100% du 8 décembre 2012 au 14 avril 2013, à 70% dès le 15 avril 2013, à 60% à compter du 8 juillet 2013, de 70% dès le 13 juillet 2013, de 60% depuis le 26 août 2013 et de 50% à partir du 30 septembre 2013. En date du 21 novembre 2014, elle a retenu une incapacité de travail à 50% du 16 décembre 2013 au 30 avril 2014, puis à 100% à compter du 1<sup>er</sup> mai 2014 (dos. AI 85/1-3).

**4.3.3** L'assuré a été opéré le 23 février 2015 de deux hernies discales L3/4 et L5/S1 à l'hôpital I.\_\_\_\_\_. Dans son rapport de sortie du 27 février 2015, la division de chirurgie orthopédique responsable du suivi lui a attesté une incapacité de travail à 100% du 27 février au 12 avril 2015 (dos. int. 93/1-2 et 96.2/10-11). La clinique de réadaptation J.\_\_\_\_\_ à K.\_\_\_\_\_ où l'intéressé a ensuite séjourné du 1<sup>er</sup> au 14 mars 2015 a établi un rapport daté du 12 mars 2015 (dos. int. 96.2/6-9).

**4.3.4** Sur mandat de l'Office AI, des expertises ont été réalisées les 11 mars et 2 juin 2015 sur les plans rhumatologique et psychiatrique.

Dans son expertise du 9 juin 2015, l'expert rhumatologue a, d'une part, diagnostiqué avec influence sur la capacité de travail un syndrome lombo-vertébral chronique associé à un status après rhizotomie, fenestration et décompression L3/L4 et L5/S1 ainsi qu'à des tendinites d'insertion au niveau du SIPS (spina iliaca posterior superior) et, d'autre part, une enthésopathie à la base du fascia plantaire des deux côtés (davantage à droite qu'à gauche) en présence d'une petite épine calcanéenne inférieure droite constatée radiologiquement. Sans répercussions du point de vue des aptitudes professionnelles, le spécialiste a fait état d'un syndrome cervico-vertébral chronique associé à une hernie discale selon anamnèse, d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil appareillé, d'adiposité, d'un status après ostéosynthèse du rebord orbitaire en 2009 avec extraction du matériel d'ostéosynthèse vers 2011, d'une rhino-sinusite périnéale ainsi que d'une sensibilisation selon les tests aux acariens, à la nourriture pour poisson et au pollen des arbres. Sur la base de ce tableau clinique, l'expert rhumatologue a estimé qu'une capacité de travail entière était préservée dans un emploi n'exigeant pas de porter, pousser ou tirer des charges de

plus de 10 kg, de maintenir en continu des postures de contrainte tel le fait de se tenir voûté ou penché, de travailler uniquement assis, debout ou à la marche. De son avis, l'activité de départ comme coiffeur n'était plus exigible, alors que le dernier emploi en tant que collaborateur à la distribution postale continuait de représenter un emploi adapté aux restrictions physiques encourues (dos. int. 96.1/1-28).

L'expert psychiatre a quant à lui retenu dans son expertise du 11 juin 2015 un trouble dépressif récidivant, épisode actuel de degré moyen (ICD-10 F33.1). Il a considéré que l'ampleur des plaintes physiques ainsi que l'identité subjective d'invalidé ne s'expliquaient pas suffisamment par les restrictions constatées au plan physique. Aussi, cet expert a admis une surcharge psychique sous forme d'un trouble douloureux chronique avec des facteurs somatiques et psychiques (ICD-10 F45.41) et l'a attribuée à des facteurs de contrainte psychosociaux. De son avis, la capacité de travail était entravée par la problématique dépressive se traduisant par des maussaderies, une diminution de l'élan, un retrait social et une suicidalité latente vu l'absence ressentie de perspectives d'avenir. Il a retenu que cette problématique compromettait également la gestion des douleurs au plan somatique, de sorte que le trouble douloureux chronique se répercutait aussi sur la capacité de travail. Excluant un trouble dépressif sévère, il a attesté une capacité de travail résiduelle à 50% dans une activité physique adaptée dès le début de la prise en charge psychiatrique ambulatoire en mars (recte: mai) 2014. Son pronostic a été qualifié de plutôt défavorable au vu de l'évolution médicale modérée malgré les traitements antidépresseurs ainsi que des problèmes d'ordre somatique présents (dos. int. 97.1/1-14).

A l'issue d'une discussion de consensus le 3 juin 2015, les experts précités ont nié, sous l'angle bidisciplinaire, toute capacité de travail dans l'activité de départ et ont estimé à 50% les aptitudes résiduelles offertes dans un emploi adapté aux restrictions médicales encourues (dos. int. 97.1/14).

**4.3.5** Dans un rapport établi le 10 mai 2016 à l'attention des Services C.\_\_\_\_\_ rendant compte d'un séjour de réadaptation psychosomatique du 12 avril au 2 mai 2016, la Clinique L.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez l'assuré un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (ICD-10

F33.2), avec des comorbidités liées à un status après décompression chirurgicale L3/L4 et L5/S1 le 23 février 2015, une hernie discale C5-C6 sans compression radiculaire, une fasciite plantaire bilatérale ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Ces médecins hospitaliers ont relevé que le trouble dépressif s'était installé progressivement depuis fin 2014 sous forme d'asthénie et de troubles somatiques (douleurs vertébrales et articulaires, céphalées). Selon eux, la sévérité de l'épisode dépressif actuel et les douleurs chroniques généraient une incapacité de travail entière pour tout emploi depuis l'hospitalisation du 21 juillet 2014 à la Clinique M.\_\_\_\_\_. Ils ont qualifié leur pronostic de mauvais (dos. int. 107/2-6).

**4.3.6** Lors du BPM ordonné début 2014, l'assuré a été examiné par un spécialiste en médecine générale du SMR. Sur la base des diagnostics retenus par la généraliste traitante, ce médecin a attesté d'aptitudes préservées dans des emplois corporellement légers tel celui idéalement adapté de facteur alternant les postures, n'impliquant pas de tâches continues dans des postures figées ni de positions debout ou à la marche prolongées ou encore devoir monter fréquemment des escaliers. A la condition que soit respectée une bonne ergonomie du dos, il a même estimé que des activités moyennement lourdes demeuraient exigibles (dos. int. 48/1-4). Le 18 novembre 2014, en présence d'indices en faveur d'une péjoration notable de l'état de santé psychique ainsi que de la présence d'une composante psychosomatique, le médecin du SMR a recommandé une expertise sur les plans rhumatologique et psychiatrique (dos. int. 83/3). Suite à la double rhizotomie pratiquée le 23 février 2015, il a précisé le 4 mars 2015 que l'état de santé serait suffisamment stabilisé d'ici six semaines après l'intervention pour procéder aux investigations précitées (dos. int. 91). Dans des rapports datés des 8 septembre et 22 novembre 2016, une doctoresse psychiatre du SMR a nié la présence d'un trouble bipolaire ainsi que d'épisodes dépressifs sévères propres à justifier une péjoration durable de l'état de santé psychique. Elle a recommandé des mesures thérapeutiques et des contrôles de la compliance médicamenteuse en vue d'améliorer la capacité de travail d'ici à quelques mois (dos. int. 109/2-3 et 111/3-4). En date du 9 mai 2017, la même doctoresse s'est entièrement ralliée à l'appréciation du second expert

psychiatre mandaté par l'intimé (dos. int. 128/2-3 et 130/3-4). Dans une prise de position du 22 août 2017, cette spécialiste a exclu toute amélioration possible à raison d'autres mesures thérapeutiques que celles déjà instaurées, refusant de ce fait également de poser une indication sous l'angle psychiatrique en faveur d'une réduction du dommage par l'assuré (dos. int. 131/1-2). Sur ses recommandations, l'intimé a recueilli des renseignements complémentaires auprès du second expert psychiatre (dos. int. 142/2).

**4.3.7** La seconde expertise psychiatrique ordonnée par l'Office AI a été réalisée le 21 février 2017. A l'appui de ses conclusions du 12 avril 2017, l'expert a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (ICD-10 F33.2). Il a estimé que le trouble dépressif dont les premiers symptômes étaient apparus durant l'enfance s'était décompensé après la séparation en 2014 de l'assuré de son épouse et qu'il avait depuis lors évolué négativement. D'après l'expert, l'intéressé ne disposait plus d'aucune capacité de travail dans un quelconque emploi depuis sa sortie de la Clinique L. \_\_\_\_\_ (à savoir, en mai 2016; dos. int. 123.1/1-29). Dans un complément du 23 mars 2018, ce spécialiste a encore précisé qu'avant cette hospitalisation et du fait alors d'un état dépressif oscillant entre des degrés léger et moyen, le recourant était en mesure de travailler à temps complet dans une activité adaptée (dos. int. 144/1-2).

**4.3.8** Dans un rapport AI (non daté) réceptionné en novembre 2014 par l'intimé, les Services C. \_\_\_\_\_ ont admis un état dépressif anxieux chronifié sur fond de personnalité névrotique à composantes phobiques manifestes, un état dépressif réactionnel à des situations professionnelles traumatisantes surajoutées, un état dépressif réactionnel à une situation de séparation évoluant vers une procédure de divorce - toutes pathologies influençant selon eux la capacité de travail. Ils ont exclu "totalement et définitivement" une capacité résiduelle de rendement dans n'importe quel type d'emploi dès leur prise en charge intégrée le 13 mai 2014 (dos. int. 82/1-6). Des rapports médicaux des mêmes services adressés, respectivement les 2 juin et 2 septembre 2014, à la généraliste traitante ainsi qu'à la mandataire de l'assuré ont également été transmis à l'intimé

(dos. int. 73/6,7 et 12). Dans le premier de ces rapports, les médecins ont supputé une composante bipolaire en raison d'une composante familiale de type maniaco-dépressive. Lors de ses observations complémentaires à l'encontre de la préorientation du 7 décembre 2015, l'assuré a fait parvenir à l'Office AI une prise de position du 19 février 2016 des Services C.\_\_\_\_\_ évoquant la présence de multiples plaintes d'ordre somatique et psychique interdépendantes les unes des autres (dos. int. 106/10-12). Hormis d'importants troubles dépressifs, ces spécialistes ont retenu la présence de troubles affectifs bipolaires, vraisemblablement d'origine génétique familiale (ICD-10 F31.0). Dans un rapport médical du 24 juillet 2018 produit devant le TA (c. 4.2 supra), établi sur la base d'une évaluation psychiatrique par une doctoresse psychiatre et d'une partie du dossier médical (comprenant l'expertise psychiatrique d'avril 2016 [recte: 2017] et les notes de suivi des thérapeutes des Services C.\_\_\_\_\_), l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, Département E.\_\_\_\_\_, a relevé que l'assuré était suivi de manière régulière depuis 2014 et bénéficiait d'un traitement psychiatrique intégré (contrôle médical mensuel et médication psychotrope complexe composée d'un antidépresseur, d'un stabilisateur de l'humeur, d'un neuroleptique et d'un tranquillisant). Selon la doctoresse précitée, l'assuré souffrait selon toute vraisemblance depuis plusieurs années d'un trouble affectif bipolaire de type II (ICD-10 F31) se manifestant sous forme d'épisodes dépressifs sévères en alternance avec des crises hypomaniaques, sans décompensation maniaque franche. Cette spécialiste a considéré que la capacité de travail était inexistante et s'est ralliée à l'avis des Services C.\_\_\_\_\_ fixant le début de l'incapacité de travail au moment de leur prise en charge dans le courant 2014, mais estimant que les troubles psychiques sévères existaient déjà avant cette date. Elle a fait au surplus état d'une comorbidité somatique (trouble rhumatologique chronique prononcé) et a émis un pronostic réservé (dos. rec. 3 p. 1 et 2).

## **5.**

**5.1** S'agissant tout d'abord de l'aspect somatique, l'expertise rhumatologique du 9 juin 2015 rend compte d'une situation médicale

décrite avec grande minutie moyennant restitution de larges extraits du dossier médico-asséurologique de l'assuré. Des anamnèses relatives aux plaintes actuelles et à la médication instaurée, à des aspects relevant de la vie personnelle, sociale, professionnelle, ainsi que du contexte médical et héréditaire viennent en outre compléter cet aperçu d'ensemble. L'examen clinique est orienté autour de paramètres précis tels le status sous l'angle de la médecine interne et celui rhumatologique portant sur l'entier de la colonne vertébrale, les articulations périphériques et ilio-sacrales, de même que les extrémités inférieures et supérieures. Les résultats de ces investigations spécialisées ont été synthétisés avant que l'expert ne livre son appréciation finale relative à la capacité de travail offerte dans la profession initiale de coiffeur, celle exigible dans le domaine postal dans lequel le recourant s'est reconverti en raison de ses maux de dos, ainsi que dans un emploi de référence idéal défini sous l'angle rhumatologique. Après avoir énuméré les mesures médicales propres à améliorer la capacité de travail et déconseillé des mesures professionnelles, l'expert rhumatologue s'est enfin penché sur les discordances observées entre son évaluation et certaines sources médicales au dossier, respectivement entre ses constatations cliniques et les plaintes exprimées par le patient. Les conclusions qui s'en dégagent apparaissent claires et convaincantes. N'en contredise l'assuré, le résultat de cette appréciation spécialisée ne va en particulier pas à l'encontre des observations émises lors du BPM qui s'est déroulé du 20 janvier au 16 février 2014 (voir ses griefs lors de ses objections du 25 janvier 2016, p. 4 et 5 et dans son recours à l'art. 7 p. 5). A l'instar de son confrère du SMR s'étant prononcé dans le cadre du BPM, l'expert rhumatologue s'est lui aussi exprimé en faveur du maintien d'une capacité de travail intacte dans l'emploi d'agent postal de distribution. Au contraire de ce qu'en a déduit l'office intimé, les conclusions unidisciplinaires formulées en ce sens par l'expert ne sont nullement contredites par les exigibilités définies dans le cadre de l'évaluation bidisciplinaire effectuée après une discussion de consensus avec son confrère psychiatre. Certes, à l'issue de celle-ci, les deux experts ont rapporté qu'au plan rhumatologique, l'assuré subissait une incapacité de travail entière dans son activité de départ ("in der angestammten Tätigkeit") et à 50% dans un emploi adapté à ses handicaps (dos. AI 97.1/14). L'activité originelle à laquelle fait référence cette évaluation de consensus

ne représente cependant pas l'activité de facteur bien davantage décrite comme une activité de reconversion idéalement profilée (sous l'angle somatique uniquement) pour les handicaps du recourant, mais celle de coiffeur dans laquelle ce dernier s'est initialement formé (voir in fine dos. int. 96.1/24 ch. 5.2 et 5.3, 97.1/14 ch. 11 et 98/2). Rien ne permet au surplus de supputer que les conclusions de l'expert rhumatologue ont pu perdre leur légitimité au moment où a été rendue la décision contestée du 29 juin 2018. Aussi, le recourant ne saurait non plus induire de l'absence d'investigations postérieures à l'expertise rhumatologique du 9 juin 2015 que cet aspect médical a été insuffisamment instruit.

Entière valeur probante doit partant être reconnue à l'évaluation rhumatologique de juin 2015 à laquelle l'intimé, en dépit de certaines erreurs d'interprétation, a d'ailleurs fait droit en admettant qu'une capacité de travail entière était préservée dans un emploi idoine tel celui de facteur.

**5.2** Pour ce qui concerne l'aspect psychique, la première expertise établie le 11 juin 2015 s'appuie à la fois sur le résultat d'un entretien de 60 minutes avec le recourant ainsi que sur une étude approfondie des pièces du dossier abordant les problématiques de santé concernées. L'examen clinique est structuré autour des déclarations spontanées du patient, de ses plaintes au moment de l'expertise, d'une anamnèse psychiatrique et somatique incluant l'éventuelle consommation (niée chez l'assuré) de substances psychotropes, d'un rappel anamnestique familial également axé sur l'hérédité, des particularités observées lors de la naissance ainsi que durant l'enfance et la scolarisation, du parcours professionnel y incluses les mesures de réadaptation mises en œuvre, de l'anamnèse sociale, d'un descriptif des activités quotidiennes ainsi que des perspectives d'avenir. Sous l'angle strictement médical, le spécialiste fait état d'un contexte héréditairement chargé qui s'est traduit par des dépressions ou des troubles maniaco-dépressifs dans l'entourage du recourant (en particulier, chez la mère de ce dernier). Il précise que dès le début des années 2000, le patient a souffert pendant plusieurs mois d'un épisode dépressif et a été mis en arrêt de travail; des problèmes dorsaux toujours plus marqués ainsi qu'une problématique plantaire se sont ajoutés à cette composante psychique et ont entraîné d'autres périodes

d'incapacité de travail. Hormis à l'aide des données anamnestiques, l'expert motive son diagnostic d'un trouble dépressif récidivant avec épisode de degré moyen (ICD-10 F33.1) et d'un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (ICD-10 F45.41) par ses observations à son examen du 2 juin 2015. Il fait ainsi état de tendances régressives prononcées décelées chez le recourant vivant séparé de son épouse ainsi que de leurs enfants et qui est hébergé, respectivement pris en charge par une tante qui assume le ménage et les repas. L'expert évoque ensuite le retrait social très net du patient, son humeur dépressive, résignée et impuissante, ainsi que les idées suicidaires, l'absence de perspectives d'avenir et le sentiment d'être "un raté" rapportés lors de l'entretien. Faute d'indices cliniques en ce sens, ce spécialiste exclut au surplus avec cohérence la présence d'un trouble de la personnalité de type borderline et explique les automutilations récentes rapportées par une surcharge personnelle chez l'assuré. C'est également de manière convaincante qu'il fixe à hauteur de 50% et dès mars (recte: mai) 2014, soit au début de sa prise en charge médicale intégrée, le caractère incapacitant originel du trouble dépressif (dos. int. 97.1/1-14). N'en contredise l'intimé (dos. int. 98/2), cette problématique ne se confond nullement avec les facteurs psychosociaux défavorables présents (voir à ce sujet: ATF 139 V 547 c. 3.2.2 et SVR 2010 IV n° 19 c. 5.2). Les constatations de l'expert rendent au contraire compte d'une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie et qui, du point de vue de l'AI, ne peut en conséquence se voir dénier toute portée autonome, à tout le moins depuis l'instauration d'un suivi médical spécialisé en mai 2014. Ce constat s'impose avec d'autant plus de force que les médecins et services hospitaliers impliqués dans cette prise en charge n'ont eu cesse d'attester de l'importance de la problématique dépressive et de sa dégradation au fil de leur suivi - observations qui ont d'ailleurs amené le médecin généraliste du SMR à recommander fin 2014 une (première) évaluation psychiatrique (hormis celle au plan rhumatologique; dos. AI 73/6-7, 11-12; 75-1-3; 82/2-4; 83/3; 85/1-4).

Il s'ensuit que l'expertise psychiatrique du 11 juin 2015 offre toutes les garanties requises pour se voir reconnaître pleine force probante et que c'est partant à tort que l'Office AI s'en est distancié.

**5.3** S'agissant de l'évolution de l'incapacité de travail telle qu'attestée de manière convaincante dans la première expertise psychiatrique de 2015, il est établi au dossier que le recourant s'est vu diagnostiquer un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère (ICD-10 F33.2) suite à son hospitalisation le 12 avril 2016 à la Clinique L.\_\_\_\_\_. Il est également incontesté que son état de santé psychique s'est décompensé dans le courant 2014 jusqu'à nécessiter une prise en charge spécialisée à partir du mois de mai de la même année et qu'à partir au plus tard de son admission en clinique en avril 2016, l'intéressé a présenté une incapacité de travail continue et entière pour tout type d'activité lucrative. A mesure que la seconde expertise psychiatrique de 2017 atteste de cette réalité médicale, elle ne prête donc nullement le flanc à la critique. Il en va en revanche différemment lorsque cette expertise, conformément à son complément du 23 mars 2018, retient que le trouble dépressif récidivant dont les premiers symptômes remontent à l'enfance n'a en rien influencé les aptitudes professionnelles de l'assuré avant son hospitalisation d'avril 2016. D'une part, cette conclusion est infirmée par les observations en temps réel émises dès la prise en charge médicale en mai 2014 au sein des Services C.\_\_\_\_\_ ainsi que par le résultat de l'examen effectué moins de neuf mois plus tard, le 2 juin 2015, par le premier expert psychiatre mandaté par l'AI. En effet et comme relevé déjà (c. 5.2 supra), les services précités ont dès le départ constaté l'importance de la symptomatologie dépressive à possible (et ensuite confirmée) composante bipolaire et ont posé l'indication à une hospitalisation à la Clinique M.\_\_\_\_\_. A l'issue de ce séjour, les médecins hospitaliers n'ont quant à eux relevé qu'une très légère stabilisation de l'état psychique ainsi qu'émotif du patient et ont réservé une nouvelle prise en charge en milieu stationnaire en cas d'échec du traitement ambulatoire. Aucune évolution favorable n'a cependant été attestée par la suite et le premier expert psychiatre a, lui aussi, fait état des bénéfiques restreints retirés du traitement intégré instauré. D'autre part, l'appréciation du second expert psychiatre tombe à faux à mesure que celui-ci, dans son complément d'expertise du 23 mars 2018, motive son absence postulée d'une incapacité de travail avant l'hospitalisation d'avril 2016 par le fait que le trouble dépressif récidivant ne fluctuait alors encore qu'entre des degrés léger et moyen. Pour parvenir à cette conclusion et contrairement à son confrère de 2015 qui a apprécié le tableau clinique au

vu des seules restrictions fonctionnelles observées, ce spécialiste s'est appuyé sur l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) déniait tout caractère invalidant aux troubles dépressifs de degré léger à moyen. Cette pratique a toutefois été abolie au 30 novembre 2017 et le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine désormais, et pour autant qu'une telle atteinte résiste préalablement déjà aux motifs d'exclusion, au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée qui s'applique à l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7, 143 V 409 et 141 V 281 c. 4.1). Or, au présent cas et ainsi qu'en rend compte le suivi de l'assuré au sein des Services C.\_\_\_\_\_ puis de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, Département E.\_\_\_\_\_, il appert que l'atteinte à la santé psychique résiste non seulement à d'éventuels motifs d'exclusion, mais qu'elle atteste également la présence de facteurs de contrainte ayant progressivement entamé, jusqu'à les annihiler complètement, les ressources adaptatives de l'assuré - ce, tant en raison de la gravité de la maladie à caractère bipolaire diagnostiquée, du succès limité des thérapies introduites, des autres comorbidités associées sous l'angle somatique, ainsi que de l'absence d'étalement familial et personnel. Les limitations que décrivent ces praticiens résistent au surplus également à un examen dit de cohérence.

**5.4** A un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 138 V 218 c. 6 et arrêt TF 8C\_867/2017 du 20 septembre 2018 [destiné à la publication] c. 3.2), il convient dès lors de retenir que suite à sa décompensation avec prise en charge spécialisée en mai 2014, la problématique psychiatrique génère depuis cette date une incapacité de travail de 50% dans n'importe quel type d'emploi et que cette même problématique qui s'est encore détériorée par la suite rend inexigible toute activité lucrative depuis la dernière hospitalisation courant avril 2016. Les données médico-théoriques précitées sont établies à suffisance de droit sur la base tant de la première expertise psychiatrique de 2015 que sur celle des données émanant des spécialistes traitants. Une instruction médicale complémentaire ne se justifie donc pas et n'est du reste pas demandée dans le recours. A mesure qu'une incapacité de travail d'au moins 40% est attestée sans interruption notable à compter du 13 mai 2014 et que le recourant a déposé sa

demande de prestations AI en août 2013, un droit à une rente peut prendre naissance au plus tôt à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI). Si un tel droit devait être reconnu dès cette dernière date, la modification de ce droit à raison de la détérioration médicale documentée à partir d'avril 2016 déboucherait en tous les cas sur une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016, à savoir dès le moment où ce changement aurait duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI). Dans l'hypothèse par contre où le droit originel à la prestation ne prendrait naissance qu'une fois survenue la péjoration médicale attestée à partir d'avril 2016 (parce que l'incapacité de travail antérieurement reconnue ne dégagerait pas une incapacité de gain de 40% au moins à l'issue du délai d'attente), le droit à une rente entière serait alors fixé au 1<sup>er</sup> avril 2016 (voir art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI précités). Dès lors que l'intimé ne s'est pas prononcé sur l'ensemble de ces aspects faute d'avoir retenu une incapacité de travail originelle de 50% dès mai 2014 susceptible de fonder, déjà à ce moment-là, un droit à une rente d'invalidité, il se justifie de lui renvoyer le dossier afin qu'il procède à une nouvelle estimation de l'invalidité intégratrice de cette évolution médicale et des répercussions qui en découlent sous l'angle de la capacité résiduelle de travail.

## **6.**

**6.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision contestée annulée. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé en vue d'une nouvelle évaluation de l'invalidité avec ses éventuelles fluctuations durant toute la période couverte par l'objet de la contestation.

**6.2** Le recourant obtenant gain de cause dans la présente procédure et étant assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, il a droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 19 mars 2019, compte tenu de l'importance et de la complexité objectives de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, sont fixés à Fr. 2'023.40 (honoraires de Fr. 1'708.05, débours de Fr. 170.80 et TVA de Fr. 144.55).

**6.3** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 et al. 2 phr. 2 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui est restituée.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 2'023.40 à titre de dépens.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui est restituée.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:  
e.r. C. Meyrat Neuhaus, juge

La greffière:

**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).