

200.2018.666.AI
N° AVS
BOA/REN

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

Jugement du 31 mars 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
B. Knapp et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière

A. _____
représenté par B. _____ SA
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 23 juillet 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1959, marié, père de deux enfants adultes, titulaire d'un CFC de décolleteur (1979) et d'un brevet fédéral de formateur (2006), a travaillé depuis 1981 pour B. _____ SA, successivement comme spécialiste des câbles, assistant technique de voie ferrée, responsable des produits de formation puis, depuis le 1^{er} janvier 2011, en tant que planificateur de formation au taux de 100%.

Indiquant souffrir de difficultés de concentration et de mémoire suite à un malaise cardiaque avec perte de connaissance survenu le 25 octobre 2013, l'assuré a été déclaré en incapacité de travail totale depuis octobre 2013 jusqu'en mai 2014, puis à hauteur de 60% de juin à juillet 2014. En juillet 2014, il a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Une incapacité totale à travailler dans le dernier emploi exercé ayant été attestée en août 2014 par le médecin-conseil de son employeur, l'assuré occupe, depuis le 1^{er} décembre 2015, à hauteur de 75%, un poste de gestionnaire de la poste interne et de la fourniture de bureau au sein de B. _____.

B.

Saisi de la demande de juillet 2014, l'Office AI a recueilli des informations auprès de l'employeur et des médecins traitants de l'assuré (somaticiens [neurologue, cardiologue, généraliste] et psychiatres). Dans le contexte du droit reconnu à l'assuré (de manière rétroactive) à des mesures de réadaptation professionnelle (communications des 4 et 8 septembre 2015), l'assuré a effectué un entraînement progressif de réinsertion organisé par son employeur du 1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015. Le 20 octobre 2015, l'Office AI a communiqué à l'assuré qu'il considérait qu'il était réadapté professionnellement, tout en précisant que son droit à la rente ferait l'objet d'une décision séparée. Après avoir recueilli l'avis du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR, rapport

médical du 9 mai 2016), l'Office AI a requis l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique (complétée à la demande de l'expert par des tests neuropsychologiques effectués en novembre 2016), laquelle a été rédigée le 12 janvier 2017. Après avoir à nouveau soumis le dossier à la médecin psychiatre déjà sollicitée, puis à l'un des généralistes de son SMR (rapports des 14 mars et 6 avril 2017), l'Office AI, sur cette base, a informé l'assuré, dans un préavis daté du 19 avril 2017, qu'il envisageait de lui refuser des prestations de l'AI, ce à quoi l'assuré (soutenu par son employeur) s'est opposé le 15 mai 2017. Suivant la proposition de son SMR, l'Office AI a sollicité l'établissement d'une (nouvelle) expertise sur le plan neuropsychologique, dont le rapport a été rédigé le 27 mars 2018. En se distanciant de l'ultime avis médical rédigé le 4 avril 2018 par son SMR, l'Office AI a rendu un deuxième préavis le 24 mai 2018 (annulant celui du 19 avril 2017), envisageant (à nouveau) de nier le droit de l'assuré à des prestations de l'AI. En dépit des objections formulées par l'assuré, représenté par B._____ SA, Service spécialisé C._____, contre cette dernière préorientation, l'Office AI en a confirmé la teneur, par décision formelle du 23 juillet 2018.

C.

Par acte daté du 13 septembre 2018, l'assuré, toujours représenté par son employeur, a porté le litige devant le tribunal administratif du canton de Berne (TA), concluant à l'annulation de la décision du 23 juillet 2018 de l'Office AI et à ce qu'une demi-rente AI lui soit octroyée depuis octobre 2014. Dans sa prise de position du 12 octobre 2018, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 9 et 29 novembre et 2018, maintenant, en substance, leurs précédentes conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI du 23 juillet 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 quant à lui sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une demi-rente AI depuis octobre 2014. Est particulièrement critiqué par le recourant le fait que l'Office AI a sous-estimé les limitations d'ordre cognitif qu'il endure (notamment ralentissement, baisse des performances, difficultés de concentration, fatigabilité), de nature invalidante.

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 représenté par un mandataire dûment constitué, 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]).

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

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

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

2.2 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 127 V 294 c. 5a). Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (comme par exemple l'art. 7 al. 2 1^{ère} 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).

2.3 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

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

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée, intitulée "Pas de droit à des prestations de l'AI", l'Office AI a estimé que le recourant n'endurait aucune atteinte à la santé entravant de manière durable et significative sa capacité de travail et de gain. Pour ce faire, l'intimé s'est fondé sur les conclusions médicales de l'expert psychiatre, rédigées en janvier 2017, selon lesquelles aucune pathologie psychiatrique primaire ne pouvait être retenue. Sur le plan cardiaque, l'Office AI a estimé que l'état de santé du recourant était stabilisé. Enfin, sous l'angle neuropsychologique, en se référant aux conclusions de l'expert neuropsychologue de mars 2018, l'intimé a retenu un état cognitif en amélioration. Sur cette base, l'Office AI a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail, quelle que soit l'activité exercée. Ce faisant, il s'est distancié de l'évaluation de la capacité de travail opérée par le corps médical (à savoir notamment celle de l'expert psychiatre en janvier 2017, de l'expert en neuropsychologie en mars 2018 et de l'ultime avis médical de son SMR du 4 avril 2018), les

médecins/experts consultés n'ayant en effet retenu une capacité de travail résiduelle (peu ou pas altérée) que dans le contexte d'un emploi adapté. Dans sa duplique du 29 novembre 2018, l'intimé a précisé qu'il s'imposait d'emblée d'exclure toutes prestations de l'AI lorsque le comportement d'un assuré faisait montre (comme en l'espèce) indéniablement de signes d'exagération.

3.2 Le recourant, quant à lui, conclut à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une demi-rente AI depuis octobre 2014. Il s'insurge contre l'absence de diagnostic (invalidant) retenue par l'Office AI, alors qu'au vu des conclusions à son sens univoques figurant dans les documents médicaux versés au dossier AI, il souffre sans conteste d'une baisse des performances cognitives insuffisamment prise en considération par l'intimé et de nature invalidante (ralentissement perceptible, trouble de l'attention, fatigabilité accrue), ces symptômes devant être associés à l'émergence d'une maladie neurodégénérative et d'un trouble dépressif établi. Concernant son engagement au pensum réduit de 75% depuis le 1^{er} décembre 2015 à un autre poste que celui qu'il occupait avant son atteinte cardiaque, l'assuré a fait valoir que ce nouvel emploi n'avait, contrairement à l'avis de l'intimé, pas été librement consenti, mais bien plutôt imposé par son état de santé, tout en précisant encore que le cahier des charges afférentes à sa nouvelle affectation et la rémunération correspondante avaient également été revus à la baisse en raison de sa santé déficiente.

4.

Le dossier permet de constater les évaluations médicales et neuropsychologiques suivantes:

4.1 Suite à un malaise cardiaque (poussée hypertensive) ayant nécessité une consultation aux urgences le 25 octobre 2013, le cardiologue traitant de l'assuré qui a examiné son patient le 2 décembre 2013 a retenu chez ce dernier la présence d'une dyspnée, des douleurs thoraciques à l'effort, l'existence de facteurs de risques cardio-vasculaires et un état anxieux. L'électrocardiogramme pratiqué a mis en évidence un rythme

sinusal normal. L'échocardiographie a montré un cœur d'aspect normal sans hypertrophie avec une bonne fonction ventriculaire et l'ergométrie pratiquée une capacité physique diminuée (fatigue, dyspnée) en présence d'une hypertension artérielle sans répercussion visible au niveau du cœur. L'examen clinique cardiologique de janvier 2016 a fait état d'une évolution cardiaque satisfaisante et stable, sans progression de la coronaropathie modérée diagnostiquée en 2013. Si une tachycardie supraventriculaire asymptomatique a certes été diagnostiquée en janvier 2016, l'ultime rapport médical (versé au dossier AI) du cardiologue traitant daté du 15 avril 2016 a mis en évidence une arythmie atriale sous contrôle et nettement diminuée grâce à la mise en place d'un traitement approprié (bêtabloquant).

4.2 D'un point de vue psychique, le séjour stationnaire du 11 au 31 mars 2014 requis par le psychiatre traitant de l'assuré en vue d'une réadaptation psychosomatique suite à une réaction dépressive au travail (mise à l'écart et disqualification en lien avec le malaise cardiaque survenu en octobre 2013) a mis en évidence le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11 de la Classification statistique internationale des maladies et de problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), en amélioration (temporaire) en raison notamment d'un bon engagement du patient au programme proposé. En août 2014, le psychiatre traitant du recourant a confirmé l'évolution positive des symptômes anxio-dépressifs, tout en mentionnant néanmoins que les troubles de concentration et d'attention persistants empêchaient le recourant d'assumer les tâches inhérentes à son dernier poste de travail (planificateur de formation). En août 2015, le psychiatre traitant, réitérant le diagnostic précédemment retenu et les symptômes constatés en sus de la présence d'un trouble cognitif, a fait état d'un pronostic réservé, l'augmentation du taux d'activité de l'assuré dans l'atelier d'occupation de son employeur (programme d'entraînement progressif au travail du 1^{er} août 2014 au 31 août 2015) ayant engendré une aggravation de la fatigue et des troubles cognitifs. Concernant la capacité de travail de l'assuré, le psychiatre traitant a estimé, en août 2015, que l'assuré pouvait travailler à hauteur de 80% au poste prévu par la mesure

d'entraînement progressif au travail (à savoir dans un emploi adapté aux aptitudes de l'assuré).

4.3 Suite aux examens pratiqués sous l'angle neurologique, en juillet 2015, le médecin spécialiste en neurologie a arrêté les principaux diagnostics suivants: une baisse des performances cognitives avec ralentissement cognitif, un trouble de l'attention et une fatigabilité accrue d'origine indéterminée. Au titre de diagnostic différentiel, un début de maladie neurodégénérative a été évoqué, accentué par un probable trouble dépressif. L'IRM crânienne effectuée le 14 juillet 2015 a mis en évidence des sillons externes légèrement élargis au niveau frontal des deux côtés, sans constat d'atrophie de l'hippocampe, d'hémorragie ou d'ischémie récente. Quant à l'examen clinique pratiqué sous l'angle neurologique, il n'a révélé aucune anomalie. L'appréciation du bilan neuropsychologique par le neurologue a, quant à lui, mis en exergue un trouble de la mémorisation légèrement marqué pour les informations verbales et moyennement marqué pour les informations non verbales. Dans les fonctions exécutives, le spécialiste a estimé qu'il existait une altération quantitative de la production sémantique et figurale. Le neurologue a mis l'accent sur une fatigabilité rapidement apparente, une nette baisse de la vitesse de travail dans des tâches d'exécution et un trouble de la mémorisation oscillant entre léger (informations verbales) et moyen (informations non verbales). Suite aux examens complémentaires effectués par ce praticien en septembre 2015 (un électroencéphalogramme [EEG] qualifié de sans particularités et une tomographie par émission de positons [TEP] ayant révélé de nombreuses zones de baisse du métabolisme dans les deux hémisphères et la partie gauche du cervelet), le neurologue, tout en confirmant ses principaux diagnostics de juillet 2015, a évoqué (nouvellement) au titre de diagnostic différentiel, un possible trouble cognitif d'origine vasculaire, (toujours) exacerbé dans le contexte d'une pathologie dépressive. Dans le questionnaire adressé à l'Office AI (à la demande de cet office) et daté du 30 novembre 2015, le neurologue traitant a fait état, d'un point de vue neurologique, de l'absence de limitations endurées par son patient sous l'angle somatique. D'un point de vue cognitif, il a estimé, sans autre précision, qu'une baisse des performances cognitives était avérée (dos. AI 61/3 et 4).

4.4 Le rapport de l'expertise psychiatrique organisée par l'Office AI auprès du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et rédigé le 12 janvier 2017 sur la base des propres constatations médicales de l'expert, de tests neuropsychologiques requis par l'expert ayant eu lieu le 26 novembre 2016 et des rapports médicaux versés au dossier AI, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Sans incidence sur celle-ci, l'expert a mentionné un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 CIM-10) qualifié de secondaire au problème cardiaque de l'assuré et en voie de résolution. Dans l'évaluation de la capacité de travail, l'expert a estimé qu'en l'absence d'une atteinte à la santé, et sous l'angle psychiatrique uniquement, l'assuré était capable de travailler à 100% dans un emploi adapté (correspondant à ses aptitudes, dos. AI 92.1/22) et qu'il ne fallait également pas négliger le fait que le spécialiste en neurologie avait évoqué, en novembre 2016, une probable origine organique (maladie neurodégénérative) aux difficultés cognitives rencontrées par le recourant, éventualité qu'il conviendrait, à son sens, d'investiguer plus en détail.

4.5 Le premier préavis de l'Office AI, daté du 19 avril 2017, se fondait sur les prises de position des médecins psychiatre et généraliste du SMR.

Dans son rapport du 14 mars 2017, la psychiatre du SMR avait estimé que les limitations cognitives de l'assuré (notamment troubles de la mémoire, ralentissement, difficultés d'orientation) ne pouvaient être objectivées d'un point de vue médical (absence d'une atteinte psychiatrique de nature invalidante, éventualité d'un début de maladie neurodégénérative niée, tests neuropsychologiques incohérents). A défaut de substrat somatique ou psychique aux restrictions endurées par l'assuré, la psychiatre du SMR avait alors estimé que l'assuré était à même de travailler à 100% dans n'importe quel type d'activité, depuis octobre 2014 (six mois après la fin de son séjour stationnaire pour dépression réactive, cf. c. 4.2). L'avis médical subséquent du généraliste du SMR rédigé le 6 avril 2017 a également fait montre d'une pleine capacité de travail de l'assuré sur le plan cardiaque, la légère fragilité (faible diminution des performances en l'absence de maladie coronaire) étant, selon lui, superposable au tableau clinique d'octobre 2013.

4.6 Suite aux objections formulées par le recourant (documentées également par un certificat médical du psychiatre traitant) contre son premier préavis, l'intimé, sur recommandation de la psychiatre du SMR, a requis la mise sur pied d'une expertise neuropsychologique. L'expert neuropsychologue, suite à l'examen neuropsychologique ayant eu lieu en décembre 2017, a estimé que les résultats des tests étaient faussés (il les qualifie d'hors normes) et que, partant, ils ne correspondaient dès lors pas aux réelles possibilités cognitives de l'assuré. Evoquant l'impossibilité à poser un diagnostic clair, l'expert a néanmoins envisagé deux hypothèses: l'existence chez le recourant d'une maladie dégénérative vasculaire débutante actuellement sous contrôle ou une maladie du sommeil (encore) non traitée (dos. AI 122.1/9). En dépit d'un profil positif de ressources minimales indéniablement présentes chez le recourant, l'expert neuropsychologue n'a pas chiffré la capacité de travail du recourant, estimant avec la plus grande retenue que l'assuré ne devrait pas endurer de limitations importantes dans son (nouvel) emploi adapté.

4.7 Dans son ultime avis médical du 4 avril 2018, la psychiatre du SMR, synthétisant les conclusions médicales de ses confrères précédemment consultés, a retenu la présence, chez l'assuré, de légers déficits cognitifs (volet neuropsychologique), un status après un infarctus (volet somatique) et un état anxieux (volet psychiatrique). Estimant, selon une nouvelle approche, qu'il fallait envisager la situation de manière interdisciplinaire (et non évaluer les diagnostics en présence de manière individuelle), la psychiatre a retenu qu'un pensum de 75% dans un emploi adapté (tel que celui exercé depuis le 1^{er} décembre 2015) était exigible de la part du recourant.

En dépit de cette dernière prise de position de son SMR, l'intimé a estimé, dans sa décision du 23 juillet 2018, que l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie invalidante et que, partant, sa capacité de travail était pleine et entière, quelle que soit l'activité exercée.

5.

Pour appréhender la situation du cas d'espèce, le TA estime qu'il y a lieu de se fonder sur l'ultime rapport médical du SMR, daté du 4 avril 2018.

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

5.2 Les rapports du SMR (art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG. Ces rapports, qui peuvent même être établis sans que la personne soit examinée personnellement sur la seule base du dossier médical (art. 49 al. 1 et 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 c. 4.3.1 et références), ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner à la procédure. En raison de leur fonctionnalité différente de celle des expertises, les rapports du SMR ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3a), y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2; SVR 2009 IV n° 53 c. 3.3.2 [passage de texte non publié du c. 3.3.2 de l'ATF 135 V 254 = TF 9C_204/2009]). Sous l'angle de l'appréciation des preuves, il y a néanmoins lieu de poser des exigences plus sévères lorsqu'un cas d'assurance doit être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée par l'AI. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée devront alors également être pris en considération. Si

les constatations d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3b/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que le rapport médical soit complet au niveau du contenu et que son résultat soit concluant, points à analyser lors de l'examen matériel (TF 8C_819/2013 du 4 février 2014 c. 3.3, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2).

5.3 Le rapport du 4 avril 2018 du SMR a, en l'occurrence, été établi en pleine connaissance du dossier (voir dos. AI 123/1): il prend en considération le contexte médical de façon exhaustive, à la lumière des derniers résultats des tests neuropsychologiques réalisés en décembre 2017 (les documents médicaux antérieurs avaient été préalablement synthétisés dans les rapports du SMR des 14 mars et 6 avril 2017, dos. AI 96/3, 100/3). Il tient compte des avis médicaux des médecins traitants, de même que des observations/constatations des experts psychiatre et neuropsychologue figurant au dossier AI. En outre, il repose sur une étude fouillée des points litigieux importants, prend en considération les plaintes et les difficultés exprimées par le recourant. Les conclusions de la psychiatre du SMR sont par ailleurs motivées avec soin. Certes, cette spécialiste n'a pas examiné personnellement l'assuré avant de se prononcer. On ne peut non plus ignorer qu'elle ne dispose pas d'une spécialisation en neurologie ou neuropsychologie. Il n'en demeure pas moins qu'elle a fait siennes les observations médicales du neurologue traitant (rédigées en 2015), de l'expert psychiatre (janvier 2017) et de l'expert en neuropsychologie (rapport de mars 2018), ces spécialistes ayant quant à eux examiné personnellement l'assuré. Quant à ses propres qualifications, indéniables sur le plan psychiatrique, elles ne prêtent pas le flanc à la critique, ce d'autant moins que l'évaluation interdisciplinaire qu'elle a opérée comprend un volet psychiatrique. Partant, sur la base des données fournies par les pièces au dossier de la cause, la médecin du SMR était en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la

situation médicale, de même que d'apprécier cette dernière, sans qu'il ne lui soit besoin de procéder à un examen personnel du recourant (voir à cet égard: RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Par conséquent, sur le plan formel, le rapport du 4 avril 2018 satisfait aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante de tels documents.

5.4 Sur le plan matériel, le raisonnement de la psychiatre du SMR fait montre d'une réflexion médicale approfondie, soigneuse et opérée avec maturité.

Ainsi, ayant mis dès l'abord en évidence les difficultés cognitives du recourant, la psychiatre du SMR avait tout d'abord estimé, en mars 2017, qu'en l'absence d'une pathologie psychiatrique primaire invalidante (selon les conclusions de l'expert psychiatre de janvier 2017) et, à défaut de tests neurologiques ayant fait montre, de manière probante, de limitations objectivables (*"l'assuré donne initialement l'impression d'investir les tâches au mieux de ses possibilités, toutefois au fil du temps des discordances sont relevées"*, dos. AI 90.1/4) qui auraient pu expliquer les incohérences relevées et les difficultés cognitives invoquées, la psychiatre du SMR avait alors initialement attribué le manque de cohérence aux résultats obtenus à des comportements d'exagération sciemment mis en place par l'assuré. Partant, elle lui avait reconnu une pleine capacité de travail, quelle que soit l'activité exercée (cf. c. 4.5). A l'aune des derniers résultats neuropsychologiques de décembre 2017, qu'elle avait, par souci de complétude, elle-même sollicités, convaincue que les interrogations (formulées le 26 novembre 2016) de la première neuropsychologue (difficulté à poser un diagnostic, suspicion d'une pathologie d'ordre vasculaire) relayées par l'expert psychiatre en janvier 2017 (suspicion d'une possible atteinte organique de nature neurodégénérative) étaient les mêmes que celles du dernier neuropsychologue sollicité, la médecin du SMR n'a pas hésité à (ré)actualiser sa première appréciation médicale, de surcroît succincte, et selon une toute autre approche. Ne négligeant aucune piste, synthétisant toutes les données médicales collectées, la psychiatre du SMR a dès lors appréhendé (nouvellement) la situation sous un large spectre et selon une analyse interdisciplinaire. Ainsi, dans son ultime avis médical d'avril 2018, elle a tout d'abord rappelé les

incohérences mises en évidence par les tests neurologiques (novembre 2016 et décembre 2017) qu'elle a désormais tempérées, en prenant en considération les difficultés constatées de manière avérée et non ostensible (dos. AI 122.1/9) tant par l'épouse, l'employeur que le neurologue traitant de l'assuré (dos. AI 122.1/9). Amorçant une nouvelle réflexion médicale, systématique et logique, la médecin du SMR a pris comme point de départ de son analyse, le fait que le recourant, lors des différents examens pratiqués, avait été unanimement décrit comme étant nerveux et peu sûr lui, voire même (au quotidien et selon son épouse) irascible. Gardant en mémoire l'incident cardiaque survenu en octobre 2013, la psychiatre du SMR a ensuite étoffé ses connaissances en consultant la littérature médicale spécialisée révélant que 30% des patients ayant subi un infarctus développaient des affections psychiques (angoisses, irritabilité, nervosité). Poursuivant sa réflexion, elle a démontré de manière convaincante comment l'anxiété éprouvée était suffisamment ancrée pour que l'on se trouve en présence d'une pathologie psychique référencée (F41.9 CIM-10). La doctoresse du SMR a également expliqué ensuite de manière pertinente pourquoi l'inconstance ou les oublis du recourant dans les tâches/tests effectués ne devaient en aucun cas être interprétés comme des incohérences suspectes à mettre en lien avec un comportement inadéquat (*ungünstig*, dos. AI 123/3), mais devaient bien plutôt être perçues comme étant les conséquences de réels problèmes de concentration, exacerbés par la nervosité, les angoisses et la peur du recourant de ne pas être pris au sérieux. N'excluant aucune piste médicale permettant de confirmer/infirmier l'existence de troubles cognitifs invalidants, donnant ainsi encore davantage de crédit à son raisonnement, la médecin du SMR a également rappelé la situation médicale sur le plan neurologique. Elle a ainsi évoqué le diagnostic différentiel d'un possible trouble d'origine vasculaire (en sus des angoisses éprouvées par l'assuré) que le médecin spécialiste en neurologie a documenté médicalement par une tomographie réalisée en septembre 2015 (qu'il avait précisément requise en raison déjà d'un bilan psychologique en juillet 2015 ayant mis en évidence des performances altérées, un ralentissement cognitif et un trouble de l'attention, dos. AI 61/3) qui a présenté des anomalies (cf. c. 4.3). Relayant les observations du neurologue, elle a alors supposé, selon une approche qui emporte la conviction du TA, que l'incident

vasculaire de 2013 n'avait pas uniquement généré une atteinte cardiaque, mais également induit des lésions (vasculaires) au cerveau. N'omettant également pas de prendre en considération une éventuelle démence vasculaire (évoquée par ses confrères), la psychiatre du SMR a expliqué les raisons pour lesquelles elle l'excluait néanmoins (trouble vasculaire bien contrôlé en présence d'un assuré pouvant encore travailler dans un emploi adapté), au même titre qu'une éventuelle apnée du sommeil qui expliquerait la fatigabilité éprouvée (l'épouse de l'assuré qui l'observe beaucoup l'aurait remarquée, dos. AI 84/12). En tant que psychiatre, envisageant avec finesse l'affect du recourant et en motivant à bon escient que le profil d'exigibilité n'en serait pas modifié (cf. c. 5.5 ci-après), la médecin du SMR a argumenté avec pertinence les raisons pour lesquelles il serait contreproductif de procéder, en l'état, à des mesures d'instruction médicales supplémentaires, lesquelles ne feraient que stresser davantage un assuré déjà angoissé et de ce fait, l'exposer à un nouvel incident cardiaque.

Au vu de ce qui précède, le TA se rallie à l'approche interdisciplinaire opérée par la spécialiste du SMR et menée de manière aboutie. Partant, les conclusions du SMR apparaissent comme étant cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique. Le TA retient par conséquent la présence, chez l'assuré, d'un léger déficit cognitif sur le plan neuropsychologique (vraisemblablement en lien avec une maladie vasculaire dégénérative), un status après un infarctus sur le plan somatique et un trouble anxieux sous l'angle psychiatrique, pathologies qui interagissent les unes avec les autres.

5.5 Sous l'angle de la capacité de travail, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine désormais (cf. c. 2.2), 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). En l'occurrence, il appert que l'interaction de l'atteinte à la santé psychique avec les autres diagnostics attestés par la psychiatre du SMR résiste à d'éventuels motifs d'exclusion (les potentielles incohérences constatées par

les neuropsychologues [de surcroît non médecins] en fonction du bilan des tests neuropsychologiques ont été expliquées et, partant, exclues par la médecin du SMR, cf. c. 5.4). De plus, la médecin du SMR atteste également la présence de facteurs de compensation (assuré intelligent disposant d'une formation professionnelle multidisciplinaire accomplie et bénéficiant de liens familiaux/sociaux préservés), tout en ne négligeant pas les facteurs de contrainte ayant entamé les ressources cognitives du recourant depuis la survenance de son infarctus. Partant, c'est logiquement que la médecin du SMR a retenu un pensum exigible à hauteur de 75% dans un emploi adapté tel que celui exercé par l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2015. Le TA relève que cette appréciation s'accorde avec celle du corps médical, unanime sur le fait que le recourant, limité d'un point de vue cognitif, n'est plus à même d'occuper son ancien poste de planificateur de formation. En effet, tous les médecins consultés n'ont attesté une capacité de travail résiduelle chez l'assuré que dans le contexte d'un emploi adapté (cf. notamment dos. AI 40/4, également c. 4.2 à 4.4 ci-avant). Quant à la hauteur du pensum retenu par la psychiatre du SMR (75%), il correspond au nouvel engagement de l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2015. A noter qu'un essai d'augmentation du taux dans l'emploi adapté, à hauteur de 90%, avait généré une aggravation de la fatigue et des troubles cognitifs (dos. AI 38/2, AI 84/6). Enfin, l'évaluation par la doctoresse du SMR ne saurait être remise en question par les conclusions de l'expert psychiatre rédigées en janvier 2017. En effet, dans son appréciation, par ailleurs restreinte au volet psychiatrique uniquement, et à défaut d'atteinte à la santé sous cet angle-là, ce spécialiste avait certes évoqué que l'assuré était capable de travailler à 100%, tout en précisant, de manière contradictoire, que l'activité exercée devait correspondre aux aptitudes de l'assuré (dos. AI 92.1/22). Quant au neurologue traitant, il s'est contenté d'avancer que l'assuré endurait, d'un point de vue cognitif, une baisse des performances avérée, sans néanmoins en chiffrer la mesure.

5.6 Au vu de ce qui précède, tant au vu des diagnostics retenus que de la capacité de travail, il convient de suivre le raisonnement de la psychiatre du SMR exposé dans son avis médical du 4 avril 2018, lequel emporte la conviction du TA. Partant, le recourant dispose d'une capacité de travail à hauteur de 75% dans un emploi adapté tel que celui qu'il exerce depuis le

1^{er} décembre 2015 chez son employeur. Il s'ensuit que c'est à tort que l'Office AI s'en est distancié en considérant que l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie invalidante (motivation à l'appui de la décision contestée), puis en invoquant, sans s'appuyer sur un avis médical remettant en cause les dernières conclusions de son SMR qui discutaient les estimations antérieures, dans sa duplique du 29 novembre 2018, que des signes d'aggravation consciente des symptômes, comme (prétendument) en l'espèce, excluaient d'emblée toute invalidité (TF 9C_462/2019 du 18 décembre 2019 c. 4.3).

6.

Il découle de l'absence de toute incapacité de travail retenue par l'Office AI, que cet office n'a pas procédé du tout au calcul de l'invalidité du recourant. Il n'appartient pas au TA d'instruire et de trancher en première instance les questions relatives à l'élucidation des bases de calcul nécessaires, d'autant moins, lorsque, comme en l'espèce, des doutes subsistent quant aux montants à prendre en considération, tant au niveau du revenu de personne valide (cf. procès-verbal du 17 août 2015 *in Protokoll per 12.10.2018*; extrait du compte individuel dos. AI 7/4; mémoire de recours p. 4) que celui d'invalidé (les arguments avancés par l'Office AI à ce sujet n'excluant pas que le salaire versé au recourant comprenne une part de salaire social, cf. procès-verbal du 17 août 2015 *in Protokoll per 12.10.2018*). La décision contestée doit donc être annulée et le dossier renvoyé à l'Office AI pour que, sur la base d'une capacité de travail de 75% dans un emploi adapté tel que celui que le recourant exerce depuis le 1^{er} décembre 2015, l'Office AI procède au calcul de l'invalidité, en tenant compte des éventuelles fluctuations ayant pu survenir au cours de la période couverte par l'objet de la contestation.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision de refus de prestations AI de l'intimé datée du 23 juillet 2018, ainsi que de renvoyer le dossier à l'Office AI afin qu'il opère une instruction complémentaire au sens des considérants (cf. c. 6), puis rende une nouvelle décision.

7.2 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont, au vu de l'issue de la procédure, mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.3 Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision dans un litige concernant une rente AI est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi de la cause ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). En l'occurrence, bien que le recourant obtienne (formellement) gain de cause, dès lors qu'il est représenté par son employeur actuel, il y a tout lieu de supposer qu'il n'aura pas à supporter des frais en lien avec la présente procédure (VGE 2013/926 du 13 mars 2014, c. 5.2, ATF 135 I 1 a contrario). Il ne conclut du reste pas expressément à l'octroi de dépens. Seule la représentation à titre onéreux pouvant en principe justifier l'octroi de dépens (ATF 108 V 270 c. 2, hormis l'exception prévue en faveur des organisations reconnues d'utilité publique: ATF 122 V 278 c. 3e/aa), il ne se justifie pas, en l'espèce, d'allouer des dépens.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision contestée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

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).

Avertissement: Pour une éventuelle suspension du délai de recours, voir également l'Ordonnance du Conseil fédéral suisse du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19, RS 173.110.4).