

200.2018.816.AI
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 8 mai 2020

Droit des assurances sociales

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

A. _____
agissant par son curateur **B.** _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 2 octobre 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1993, n'a jamais exercé d'activité lucrative et reste la plupart du temps à son domicile; il bénéficie d'une curatelle au sens des art. 394 et 395 du Code civil suisse (CC, RS 210). Le 24 mars 2015, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), indiquant être apathique, dépressif et anti-social. Instruisant la demande, l'Office AI Berne a recueilli le 1^{er} juillet 2015 un rapport de la généraliste traitant l'assuré et invité une spécialiste en psychothérapie et psychiatrie de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR) à se prononcer sur le cas. Celle-ci a procédé le 11 novembre 2015 à un examen personnel de l'assuré et produit son rapport le même jour. Suivant les recommandations de la spécialiste du SMR, l'Office AI Berne a organisé un entraînement à l'endurance au travail dans un centre d'intégration et de formation professionnelle, qui s'est déroulé du 25 avril au 10 juillet 2016. Le centre en question a rendu son rapport de stage le 8 juillet 2016. Sur cette base, par courrier du 7 octobre 2016, l'Office AI Berne a enjoint l'assuré de se soumettre à une thérapie psychiatrique régulière et à lui indiquer jusqu'au 31 octobre 2016 auprès de quel psychiatre il allait entamer cette thérapie, l'avertissant que s'il ne donnait pas suite à cette injonction, il ne serait pas entré en matière sur sa demande de prestations. Par courriel du 20 octobre 2016, le curateur de l'assuré a informé l'Office AI Berne du nom du psychiatre traitant, chez qui un rendez-vous avait été fixé au 14 novembre 2016. Par décision du 14 novembre 2016, l'Office AI Berne a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles de réadaptation, estimant que son état de santé ne permettait pas actuellement d'envisager de telles mesures, et ajouté que le droit à la rente était examiné. Sur la demande de l'Office AI Berne, le psychiatre traitant lui a fait parvenir un rapport médical intermédiaire le 5 septembre 2017, dans lequel le praticien indiquait que le dernier contrôle médical avait eu lieu le 26 mai 2017, que son patient ne voyait pas la nécessité de poursuivre son traitement et qu'une demande d'entretien avec le curateur de celui-ci était demeurée sans réponse. Après avoir reçu une nouvelle prise de position du 19 décembre 2017 de la spécialiste de son SMR, l'Office AI Berne, par

courrier du 28 décembre 2017, a invité l'assuré à planifier un séjour dans une clinique psychiatrique de jour et à l'informer par écrit jusqu'au 31 janvier 2018 de la date d'entrée en clinique, le rendant attentif au fait que sans réponse de sa part dans le délai imparti, il n'entrerait pas en matière sur sa demande. Après trois échanges téléphoniques des 6 février, 5 avril et 19 juin avec le curateur et une responsable du service social chargée du dossier, l'Office AI Berne, constatant que l'assuré n'avait toujours pas commencé de thérapie psychiatrique intensive, a fait savoir, par préorientation du 18 juillet 2018, qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la demande de prestations, donc refusait les prestations. Nonobstant les objections formulées par le curateur dans un courriel du 4 septembre 2018, l'Office AI Berne a rendu le 2 octobre 2018 une décision formelle de même teneur que sa préorientation.

B.

Par recours du 2 novembre, complété le 14 novembre 2018, l'assuré, agissant par son curateur, a contesté la décision du 2 octobre 2018 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il conclut à son annulation et à ce que l'Office AI Berne attende les résultats de la thérapie en cours pour se prononcer sur la demande de prestations. Il requiert aussi le versement d'indemnités pour cause d'incapacité de travail pendant cette période. Dans son mémoire de réponse du 9 janvier 2019, l'Office AI Berne conclut au rejet du recours. Par réplique du 31 janvier 2019 et duplique du 20 février 2019, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

En droit:

1.

1.1 La décision de l'Office AI Berne du 2 octobre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et

prononce un refus d'entrer en matière (ayant pour conséquence un refus de prestations à tout le moins jusqu'à la date de la décision) sur la demande de prestations du recourant faute de collaboration de sa part dans l'instruction de sa demande. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de la décision contestée et la poursuite de l'instruction de la demande ainsi que l'octroi d'indemnités pour cause d'incapacité de travail. Le recourant nie en particulier avoir refusé de collaborer et critique le manque de patience de l'intimé, qui a rendu selon lui une décision de non-entrée en matière prématurément.

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et agissant par un curateur dûment habilité, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). L'indemnisation de l'incapacité de travail requise doit être interprétée dans le sens d'une demande de prestations AI (pour la différence entre incapacité de travail et invalidité, voir c. 2.1 ci-dessous). Le refus d'entrer en matière étant fondé sur l'art. 43 al. 3 LPGA, qui autorise aussi un prononcé sur le fond "en l'état" (voir aussi art. 7 al. 1 LAI et c. 2.3.1 ci-dessous), la conclusion tendant à l'octroi de prestations (et pas seulement l'annulation de la décision et le renvoi de la cause à l'intimé) n'est pas irrecevable.

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 de mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

2.2

2.2.1 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). 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). On ne peut nier d'emblée tout caractère invalidant, au sens du droit de l'assurance-invalidité, aux syndromes de dépendance et aux

troubles consécutifs à la consommation de substances, lorsqu'ils ont été diagnostiqués sans équivoque par des médecins spécialistes. Dans de tels cas, il y a bien plus lieu – comme en présence de toutes les autres maladies psychiques – d'établir au moyen d'une procédure probatoire structurée si et, le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué dans les règles de l'art par un médecin spécialiste a des conséquences sur la capacité de travail de la personne assurée concernée (ATF 145 V 215 c. 5.3.3 et c. 7).

2.2.2 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne se distinguent souvent pas clairement de la souffrance médicalement objectivable. De telles circonstances extérieures ne figurent cependant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI, dès lors en effet que la notion légale d'invalidité distingue clairement l'atteinte à la santé dont souffre la personne assurée et l'incapacité de gain provoquée par cette atteinte. En conséquence, il n'existe aucun droit à une rente lorsque les troubles psychiques trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial et disparaissent si les facteurs extérieurs s'effacent eux-mêmes. Certes, en présence d'un trouble psychique de nature malade attesté par des spécialistes, le caractère invalidant de l'atteinte ne peut être nié déjà au motif que des facteurs sociaux défavorables influencent le tableau clinique. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est cependant essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 c. 5a; SVR 2012 IV n° 52 c. 3.2).

2.3

2.3.1 Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (voir également l'art. 69 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Aux termes de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et

fixer les prestations dues (al. 2). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Par ailleurs, l'art. 7 al. 1 LAI dispose que l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut raisonnablement être exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Aux termes de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Selon l'art. 7b al. 1 LAI, les prestations peuvent aussi être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA.

2.3.2 Il convient de ne faire usage de la faculté de ne pas entrer en matière sur une demande de prestations (en raison d'une violation du devoir de collaborer) qu'avec la plus grande parcimonie (ATF 131 V 42 c. 3). Un refus d'entrer en matière n'est envisageable que si l'examen matériel de la demande de prestations s'avère impossible sur la base de l'ensemble du dossier sans la participation de la partie concernée. A l'inverse, une décision matérielle ne peut être rendue sur la seule base du dossier que si l'état de fait pertinent, indépendamment des mesures d'instruction jugées nécessaires et exigibles auxquelles l'assuré s'est opposé sans motif excusable, ne peut pas être davantage élucidé (SVR 2018 EL n° 4 c. 2.2). Le prononcé d'une sanction basée sur l'art. 43 al. 3

LPGA doit respecter le principe de la proportionnalité. Si, après un refus, la collaboration est acceptée, la sanction – non-entrée en matière, décision en l'état du dossier – ne pourra concerner que la période durant laquelle la collaboration a été refusée (ATF 139 V 585 c. 6.3.7.5). Si après avoir refusé de collaborer à la procédure, l'assuré se déclare ultérieurement prêt à se conformer à son obligation de fournir des renseignements ou à son devoir de collaboration, ce fait doit être considéré comme une nouvelle demande (SVR 2017 IV n° 50 c. 3.3 et 3.4).

2.4 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).

3.

3.1 Dans la décision contestée, l'intimé a prononcé une non-entrée en matière sur la demande de prestations du recourant en considérant que celui-ci n'avait pas donné suite au courrier recommandé du 28 décembre 2017 puisqu'il n'avait pas commencé de thérapie psychiatrique intense. Dans son mémoire de réponse du 9 janvier 2019, l'Office AI Berne relève

qu'il avait déjà exigé en vertu de l'art. 43 al. 3 LPGA, par lettre du 7 octobre 2016, que le recourant se soumette à une telle thérapie et qu'en guise de réponse, le curateur l'avait informé par courriel du 20 octobre 2016 qu'un rendez-vous chez un psychiatre avait été fixé au 14 novembre 2016. L'intimé ajoute que le praticien en question avait néanmoins indiqué dans son rapport du 5 septembre 2017 que le recourant s'était présenté à trois entretiens au total et n'était plus revenu ensuite, ne voyant pas de nécessité au traitement. L'intimé précise qu'à la suite de la préorientation du 18 juillet 2018, le curateur s'était manifesté par courriel du 4 septembre et par téléphone du 5 septembre 2018 en l'informant qu'un suivi chez le psychiatre avait été requis, qu'un traitement dans une clinique de jour avait échoué et qu'il transmettrait par la suite une attestation du psychiatre traitant, mais que le curateur ne s'était plus manifesté par la suite.

3.2 Pour sa part, le curateur du recourant invoque en substance une violation du droit d'être entendu de ce dernier, dans la mesure où après avoir reçu la préorientation du 18 juillet 2018, il avait demandé, en vain, par courriel un rendez-vous à l'Office AI Berne, mais que l'intimé s'était contenté de le contacter par téléphone en lui disant qu'il devait fournir une attestation de suivi de la thérapie. Il fait valoir que depuis que le recourant a introduit une demande de prestations de l'AI, il a réalisé plus ou moins rapidement toutes les exigences de l'intimé, mais que de par ses difficultés psychiques, il a de la peine à entrer en contact avec la société et encore plus difficilement avec des personnes inconnues, ne se livrant pas volontiers tant qu'il ne se sent pas en confiance. Le curateur ajoute que tout le travail mené avec la généraliste traitante a été de l'encourager à accepter de l'aide par petites touches et que l'empressement de l'Office AI Berne à vouloir clore ce dossier montre que la pathologie du recourant n'a pas été comprise; il souligne qu'il faut accorder plus de temps pour mener à bien la thérapie demandée. Il précise enfin que le recourant suit une thérapie psychologique à C._____ et qu'une infirmière à domicile indépendante a pris contact avec lui pour le soutenir dans le quotidien. Dans sa réplique du 31 janvier 2019, le curateur déclare encore que le psychiatre consulté n'avait averti ni lui-même, ni la généraliste traitante de l'interruption de la thérapie et que dès qu'ils avaient été au courant, ils avaient recherché un médecin psychiatre capable d'entrer en lien avec le

recourant mais qu'ils l'avaient finalement trouvé trop tardivement aux yeux de l'Office AI Berne.

4.

4.1 S'agissant du reproche de violation du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101], notamment sous son aspect du droit des personnes concernées de participer à la procédure et les limites de ce droit tel le fait d'exiger qu'il soit exercé dans un certain délai [SVR 2008 IV n° 6 c. 3.3]), il faut certes reconnaître qu'il aurait été approprié que l'Office AI Berne réagisse au courriel du recourant sollicitant un rendez-vous personnel. Il n'en demeure pas moins qu'au vu de la note téléphonique du 5 septembre 2018 figurant au dossier (dos. AI 74), le responsable du dossier auprès de l'Office AI Berne a discuté de la situation avec le curateur et que celui-ci lui a déclaré que l'assuré avait repris le traitement chez son psychiatre, qu'il avait aussi été pour un jour dans une clinique de jour, mais que vu ses phobies, il n'avait pas poursuivi cette expérience. Il ressort aussi de cette note téléphonique que le curateur a promis qu'il enverrait à l'intimé une attestation du psychiatre confirmant que le recourant avait repris le traitement chez lui. Cela étant, on ne saurait donc reprocher à l'Office AI Berne une quelconque violation du droit d'être entendu de l'assuré par le fait d'avoir rendu sa décision sans, en plus, convoquer le curateur comme ce dernier l'avait requis en réaction à la préorientation du 18 juillet 2018. Force est au contraire de constater que, bien qu'ayant promis de produire une attestation du psychiatre traitant, le curateur ne s'est plus manifesté depuis le téléphone du 5 septembre 2018 jusqu'à ce que l'intimé rende sa décision le 2 octobre 2018. Au demeurant, quand bien même une violation du droit d'être entendu aurait pu être constatée dans la procédure d'observations à l'issue de la préorientation (ce qui n'est pas le cas), cette violation devrait être considérée comme réparée, puisque le recourant a eu la possibilité de se prononcer intégralement sur sa cause dans la présente procédure de recours de droit administratif, devant une autorité de recours jouissant d'un pouvoir d'examen étendu tant à l'égard des faits que du droit (ATF 137 I 195 c. 2.3.2; SVR 2019 AHV n° 7 c. 3.1.1, 2013 IV n° 26 c. 4.2).

4.2

4.2.1 Au vu du dossier, on constate que lors du premier entretien ayant eu lieu le 14 avril 2015 à l'Office AI Berne avec le recourant et son curateur, il a notamment été relevé que l'assuré avait été inscrit à l'assurance-chômage en 2010 mais n'avait jamais bénéficié des indemnités de chômage, car il avait été déclaré inapte au placement. Par ailleurs, dans un rapport adressé à l'Office AI Berne le 20 avril 2015, le curateur a fait état de troubles du comportement de l'assuré, qui avait séjourné pendant huit mois dans un centre éducatif dès fin 2009 sans avoir pu trouver de place d'apprentissage. Le curateur a aussi précisé que le recourant a été condamné par la justice pénale des mineurs pour brigandages et vols, que le sursis dont la mesure prononcée était assortie avait été par la suite révoqué faute de preuves d'efforts d'insertion et que la mesure prononcée de 30 jours de prestations personnelles avait été convertie au bout de sept jours d'exécution en peine privative de liberté en raison d'un défaut de collaboration. Le curateur a aussi ajouté lors de cet entretien, que l'assuré avait refusé toute aide psychologique, mais qu'il était suivi par un médecin généraliste.

4.2.2 Pour admettre qu'il était exigible de l'assuré de se prêter à une thérapie psychiatrique intense, l'intimé s'est fondé sur l'avis de la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de son SMR, qui s'est exprimée en dernier lieu le 19 décembre 2017. Dans cette prise de position, elle se réfère à son premier rapport du 11 novembre 2015 rédigé à la suite de l'examen personnel du recourant, ainsi qu'aux deux rapports des 29 mai et 5 septembre 2017 du psychiatre ayant traité celui-ci. Elle a notamment confirmé le diagnostic de personnalité schizoïde (ch. F60.1 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) posé par ce praticien, tout en relevant que lors du stage d'endurance au travail, entrepris du 25 avril au 10 juillet 2016 dans un centre d'intégration et de formation professionnelle, l'assuré avait montré des ressources qui ne permettaient pas d'exclure des améliorations s'il entreprenait sans interruption une thérapie de longue durée. La spécialiste est d'avis que dans ce contexte, un traitement rigoureux (en clinique de jour mais intensif

dans une première phase) est indiqué, puisque les mesures thérapeutiques ambulatoires se sont révélées insuffisantes, l'assuré, en raison de sa maladie, n'ayant pas encore été en mesure de reconnaître la nécessité d'un traitement. A ses yeux, c'est à l'issue d'un tel traitement, d'une certaine durée et intensité, qu'il sera possible de se rendre compte si l'assuré peut être traité et si des mesures de réadaptation peuvent être envisagées à plus long terme.

Dans son premier rapport circonstancié du 11 novembre 2015, la spécialiste du SMR diagnostique un trouble affectif persistant avec une symptomatique dépressive ainsi que des troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement durant l'enfance ou l'adolescence, comprenant un trouble non défini du développement de la personnalité (ch. F34.9 et F94 CIM-10). Après avoir relaté les plaintes de l'assuré, elle pose une anamnèse circonstanciée sur les plans systématique, psychiatrique, somatique, ainsi que familiale et sociale, mentionnant notamment que sans la présence du curateur de l'assuré, il aurait été impossible d'établir l'expertise, dans la mesure où l'assuré a d'énormes problèmes de communication et parle à peine. Elle relève néanmoins qu'au vu de ses mimiques, il s'est montré intéressé aux possibilités d'intégration évoquées au cours de l'entretien, mais qu'il a clairement dit non à un traitement psychiatrique en raison des mauvaises expériences subies dans son enfance à la suite des effets de médicaments prescrits à cette époque. La psychiatre souligne que c'est le seul sujet sur lequel l'assuré s'est exprimé spontanément. Sur le plan psychopathologique, elle remarque que l'assuré montre une absence marquée de sentiments, qu'il apparaît nettement désemparé et ne laisse transparaître aucune émotion, présente un caractère dépressif, sans espoir, résigné et vide, mais qu'il n'est pas dysphorique, ni irrité, ni agressif. La spécialiste fait aussi état d'un mutisme considérable, mais ajoute qu'il est possible de mobiliser l'initiative de l'assuré et que celui-ci n'est ni maniéré, ni bizarre, mais souffre d'un rythme jour/nuit perturbé et d'un retrait social considérable. Dans son appréciation du cas, la spécialiste du SMR indique que l'assuré a développé sa symptomatique psychiatrique après le décès de sa mère, survenu lorsqu'il avait 12 ans. Elle précise que sa description, bien qu'exprimée en très peu de mots, ainsi que les explications de son curateur, font penser à une

privation émotionnelle après la mort de sa mère et à une symptomatique dépressive déjà présente à cette époque, qui se sont muées en un trouble du comportement social et ont été manifestement interprétées à ce moment là comme un trouble hyperkinétique de l'attention (TDAH) traité avec de la ritaline, alors qu'au vu de l'examen actuel, de l'anamnèse établie avec l'aide du curateur et du dossier, aucun élément ne permet de conclure à un tel diagnostic. La spécialiste est également d'avis qu'il n'y a pas lieu de conclure à un trouble autistique, mais que le trouble de la communication est bien plus la conséquence d'une symptomatique dépressive chronique persistant depuis l'âge de 12 ans. Elle constate que l'assuré vit pratiquement isolé socialement, qu'il n'a ainsi aucune possibilité de contacts et de communication et qu'en tant que compensation, il est assis jusqu'à 12 heures par jour devant son ordinateur. Elle nie néanmoins l'existence d'une addiction aux jeux électroniques, l'ordinateur remplissant précisément une fonction de remplacement des contacts humains et de compensation d'une vie vide de sens. S'agissant des ressources du patient, la spécialiste du SMR indique une intelligence très vraisemblablement suffisante, une absence de consommation de substances, d'impulsivité ou d'agressivité et la présence d'indices d'une volonté de changement. Elle conclut à un trouble psychiatrique ayant débuté pendant la puberté lors du décès de la mère de l'assuré, qui a eu pour effet d'empêcher jusqu'alors toute formation professionnelle initiale.

4.2.3 Dans son dernier rapport du 29 mai 2017 à l'attention de l'Office AI Berne, le psychiatre ayant traité le recourant indique comme diagnostic avec influence sur la capacité de travail une personnalité schizoïde (ch. F60.1 CIM-10) et décrit son patient comme calme, coopérant, ne présentant aucune agitation ni agressivité, avec un discours sans particularité et sans troubles formels de la pensée. Il relève chez son patient une humeur euthymique et souligne que celui-ci vit isolé et retiré de la société, dit qu'il n'aime pas les gens et n'a pas d'amis, et qu'il sort de chez lui uniquement pour faire des commissions accompagné par son père. Le psychiatre précise que son patient ne voit pas la nécessité de venir en consultation, que son suivi avait débuté à la demande de son curateur et qu'il s'était présenté au total à trois entretiens, mais n'était plus revenu ensuite. Le praticien retient comme limitations des phobies sociales

et un isolement social, indiquant que le recourant n'avait pas d'intérêt pour un travail psychothérapeutique pour pouvoir sortir et faire davantage d'activités à l'extérieur, et qu'il nécessitait un accompagnement d'une tierce personne pour sortir faire ses courses ainsi que pour les tâches administratives.

4.2.4 Figure également au dossier, un rapport adressé à l'Office AI Berne en juin 2015 par la généraliste traitante, où elle diagnostique chez son patient des troubles du comportement et de l'adaptation probables ainsi qu'un état dépressif chronique. Elle indique principalement que son patient a été livré à lui-même suite au décès de sa mère, qu'il a tout juste terminé l'école, mais vit reclus chez lui, ne sort jamais, vit plutôt la nuit, passe ses nuits à jouer sur son ordinateur en prenant ses repas seul et en étant dépendant aux boissons sucrées. D'après elle, il ne se sent pas seul et n'aime pas être parmi les gens, il est agréable, ponctuel à ses rendez-vous, mais très au clair sur son incompétence à vivre avec les autres. Elle précise aussi qu'il a essayé plusieurs stages, qu'il n'a pas tous terminés, mais qu'il aimerait quand même être soutenu dans une formation, tout en ne sachant pas s'il pourra assumer une vie professionnelle, dans la mesure où il n'était plus sorti de chez lui depuis cinq ans et n'avait plus eu de contraintes de quelque sorte que ce soit.

4.2.5 Enfin, il convient encore de mentionner le rapport du 8 juillet 2016 du centre d'intégration et de formation professionnelle, dans lequel le recourant a effectué un stage d'endurance au travail du 25 avril au 10 juillet 2016. Il ressort du rapport en question que le taux de présence du recourant au cours du stage n'a pas dépassé 25%, alors qu'il était prévu de l'augmenter progressivement jusqu'à 50%. Dans leur rapport, les responsables du centre soulignent notamment que le recourant, hormis quelques jours ou courtes périodes d'absences, a toujours été présent et ponctuel, alors qu'il leur a déclaré que venir tous les jours au centre était pour lui "un calvaire et un enfer". Ils précisent que l'intéressé ne s'était pas senti à sa place et qu'il ne pouvait se projeter dans une activité professionnelle quelle qu'elle soit, son désir le plus profond étant que la société le laisse tranquille afin qu'il puisse rester dans sa bulle, dans son univers ou sur sa "planète" (comme il l'avait dit lui-même), qui représente

sa zone de confort dans laquelle il se sent en sécurité et qui lui permet d'éviter de se sentir constamment agressé par ses semblables. Les responsables indiquent que le comportement de l'assuré n'avait jamais posé de problèmes particuliers et que les moments les plus difficiles pour lui étaient les trajets dans le train, car il n'avait alors guère la possibilité d'éviter les regards et les contacts non-verbaux avec les passagers. Ils s'attendaient au cours du stage à une légère amélioration dans la façon dont l'assuré percevait le monde extérieur et dans sa relation avec celui-ci, mais cette amélioration ne s'était pas concrétisée. Ils concluent que la perspective d'un travail dans l'économie n'était pas envisageable pour l'heure, le temps de présence de 25% sur 40 heures hebdomadaires n'ayant pas pu évoluer, mais recommandent un suivi de type psychiatrique/ psychothérapeutique, bien que l'assuré ne semble manifester aucune ouverture allant dans ce sens.

4.3

4.3.1 Cela étant, force est de reconnaître que les troubles psychiques décrits par l'ensemble des médecins intervenus dans son dossier entraînent chez le recourant des difficultés non négligeables dans la vie quotidienne, notamment pour ce qui concerne les contacts sociaux et les déplacements; l'intimé ne le conteste d'ailleurs pas. Il n'en demeure pas moins que l'exigibilité de la part du recourant d'entreprendre une thérapie psychiatrique intensive ne se trouve pas exclue pour ce motif. A cet égard, on remarquera que le psychiatre ayant traité le recourant a précisé, dans son rapport du 5 septembre 2017, que son suivi avait été interrompu non pas en raison d'une inexigibilité quelconque qui aurait été justifiée par l'atteinte à la santé du patient, mais parce que ce dernier ne voyait pas d'intérêt à une psychothérapie, soit pour des motifs de convenance personnelle. D'autre part, après une évaluation approfondie du cas, dans ses deux rapports successifs des 11 novembre 2015 et 19 décembre 2017, la spécialiste du SMR a préconisé un tel traitement psychiatrique intensif dans une clinique de jour pour permettre d'évaluer la capacité du recourant à se réadapter, recommandation qui a conduit l'intimé à enjoindre l'assuré, par courrier du 28 décembre 2017, à entreprendre une thérapie de ce type

dans le cadre de son devoir de collaboration à l'instruction de la demande, au sens de l'art. 43 LPGA précité (voir ci-dessus c. 2.4).

4.3.2 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 LPGA. 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 aura 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 LPGA (ATF 135 V 465 c. 4.4 - 4.6). Dans l'examen de la force probante, est avant tout déterminant le fait que l'expertise soit complète 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).

4.3.3 En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur le rapport du SMR du 19 décembre 2017. Ce rapport, ainsi que le rapport antérieur de la spécialiste du SMR du 11 novembre 2015, a été établi en pleine connaissance du dossier. De plus, il décrit le contexte médical de façon compréhensible et tient compte des avis des médecins ayant traité l'assuré (généraliste et psychiatre). En outre, il repose sur une étude fouillée des points litigieux importants et sur l'examen personnel de l'assuré effectué lors du premier rapport circonstancié du 11 novembre 2015, prenant en considération les plaintes du recourant et la situation spécifique du cas d'espèce. La spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du SMR, dont les qualifications ne sauraient être remises en cause, a motivé ses conclusions en détail. En particulier, elle a considéré que le recourant n'était pas atteint d'une addiction aux jeux vidéos (p. 5 du rapport du 11 novembre 2015). Partant, sur la base des données fournies par les pièces du dossier et de son examen personnel du patient entrepris en 2015, la spécialiste du SMR était en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la situation médicale, de même que d'apprécier cette dernière. Par conséquent, son évaluation satisfait aux conditions jurisprudentielles relatives à la force probante des rapports médicaux (voir ci-dessus c. 2.6).

4.4 Au vu de ce qui précède, il faut admettre que l'analyse détaillée de la situation faite par la spécialiste du SMR dans ses deux rapports des 11 novembre 2015 et 19 décembre 2017 s'avère convaincante. A la lecture du second, force est de reconnaître que malgré les troubles dont souffre le recourant, dont l'ampleur ne saurait certes être niée, une impossibilité pour ce dernier d'entreprendre une thérapie psychiatrique intensive en vue d'établir un bilan de ses capacités de réadaptation n'était pas établie selon un degré de vraisemblance prépondérante au moment où la décision contestée du 2 octobre 2018 a été rendue (moment généralement déterminant en droit des assurances sociales pour l'appréciation de l'état de fait et des moyens de preuve, ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Le recourant indique d'ailleurs lui-même, dans son recours du 2 novembre 2018, qu'il suit désormais à nouveau un traitement psychologique et qu'il est suivi par une infirmière à domicile indépendante, ce qui démontre que des démarches thérapeutiques et d'intégration sont exigibles de sa part

(même si, dans la mesure où elles ont eu lieu après la décision contestée, ces mesures ne peuvent pas influencer sur l'issue du présent litige).

4.5 En conséquence, l'intimé pouvait à juste titre exiger de la part du recourant qu'il se prête à une thérapie psychiatrique intensive en vue d'établir sa capacité thérapeutique et de réadaptation dans un premier temps, en vue d'une évaluation de sa capacité de travail et de gain par la suite. Le recourant n'ayant pas donné suite à la mise en demeure qui lui a été adressée le 28 décembre 2017, formellement conforme à ce qu'exige l'art. 43 al. 3 LPGA, c'est à bon droit que l'intimé a considéré qu'il refusait de collaborer à l'instruction et a prononcé, dans sa décision du 2 octobre 2018, une non-entrée en matière sur la demande de prestations du recourant. On soulignera encore que cette décision respecte le principe de proportionnalité, ce d'autant plus, comme le curateur en a déjà été averti par l'intimé, qu'il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations, en rendant plausible qu'il est désormais disposé, comme il l'affirme dans son recours, à suivre une thérapie psychiatrique régulière et, partant, à remplir son devoir de collaboration à l'instruction (voir par analogie, dans un cas concernant une suspension de rente pour violation de l'obligation de collaborer en procédure de révision: TF 9C_664/2017 du 20 mars 2018; SVR 2017 IV n° 50 c. 3.3 = TF 9C_244/2016 du 16 janvier 2017 c. 3.3).

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

5.2 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. 500.-. Ils sont compensés avec l'avance de frais fournie le 7 décembre 2018 (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA).

5.3 Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause et n'est pas représenté en procédure par un avocat, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son curateur,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

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