

**200.2019.249.AI**  
N° AVS  
BOA/REN

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

**Jugement du 26 octobre 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, 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 25 février 2019

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1958, marié, père de deux enfants majeurs qui ne sont plus à sa charge, a travaillé depuis mai 1977 au sein de C. \_\_\_\_\_ SA, d'abord en tant que contrôleur, puis au service de la vente, comme secrétaire et depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011, dans sa nouvelle profession (formation acquise entre 2006 et 2010) d'ingénieur informaticien d'application, au taux de 100%.

Indiquant souffrir de dépression, d'anxiété et de trouble du sommeil, l'assuré a sollicité, en mars 2014, des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Saisi de cette demande, après avoir investigué la situation sur le plan médical et professionnel, l'Office AI, par communication du 7 novembre 2014, a accordé une aide au placement à l'assuré, laquelle a pris fin le 30 septembre 2015, ce dernier ayant recouvré chez son employeur, depuis juin 2015, une pleine capacité de travail dans la profession exercée.

Dans un préavis du 11 janvier 2016 (restée incontesté), l'Office AI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer, rétroactivement, une demi-rente AI limitée dans le temps (du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2015). Le 24 février 2016, l'Office AI a chargé la caisse de compensation compétente (caisse fédérale de compensation; CFC) de calculer le montant de la demi-rente AI limitée dans le temps à verser à l'assuré. L'assuré a adressé à l'Office AI un courrier daté du 3 et reçu le 8 mars 2016, lui demandant de réactiver sa demande de prestations AI, en invoquant un état de santé psychique péjoré depuis l'automne 2015. Par décision formelle du 23 mars 2016 (émise par la CFC) et sur la base du précédent préavis, l'Office AI a octroyé à l'assuré, sur la base d'un degré d'invalidité de 53%, une demi-rente AI limitée dans le temps (du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2015).

**B.**

Saisi de la (nouvelle) demande de l'assuré datée du 3 mars 2016, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès du psychiatre traitant. Dans le contexte du droit reconnu à l'assuré à des mesures de réadaptation professionnelle (communication du 7 décembre 2016), et en collaboration avec l'employeur de l'assuré, l'Office AI a octroyé à l'intéressé le droit d'effectuer un entraînement progressif au travail, du 16 janvier au 16 avril 2017, mesure n'ayant jamais débuté (annulée le 19 janvier 2017) en raison d'une incapacité totale à travailler, attestée médicalement par le psychiatre traitant depuis le 10 janvier 2017, sur la base d'un état de santé décrit comme péjoré.

Après avoir recueilli l'avis du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR, rapport médical du 23 mars 2017), l'Office AI a requis l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique, laquelle a été rédigée le 25 novembre 2017 puis complétée (à la demande de l'Office AI) le 9 avril 2018. Après avoir à nouveau soumis le dossier à la médecin psychiatre de son SMR (qui a requis des examens de laboratoire ayant confirmé la prise régulière de la médication), l'Office AI a informé l'assuré, dans un préavis daté du 22 juin 2018, qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente AI. En dépit des objections formulées par l'assuré contre cette préorientation, l'Office AI en a confirmé la teneur par décision formelle du 25 février 2019.

**C.**

Par acte daté du 28 mars 2019, l'assuré désormais représenté en justice par un mandataire professionnel, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 25 février 2019 et au constat de ses droits à l'obtention de prestations AI, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 13 mai 2019, l'Office AI a conclu au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 8 juin et 5 juillet 2019,

maintenant, en substance, leurs précédentes conclusions. Le mandataire du recourant a transmis sa note d'honoraires le 12 juillet 2019.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 25 février 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit du recourant à une rente AI. L'objet du litige porte, quant à lui, sur l'annulation de cette décision et le (constat du) droit du recourant à l'obtention de prestations de l'AI. S'il est vrai que la recevabilité d'une conclusion en constatation est soumise à l'existence d'un intérêt digne d'être protégé au constat qui ne puisse, notamment, pas être préservé par une décision formatrice (ATF 130 V 388 c. 2.4; SVR 2017 FZ n° 1 c. 2.1), le fait néanmoins qu'une conclusion comprenne les termes constat ou constater ne suffit pas en soi à lui conférer une nature constatatoire. Replacée dans son contexte, la conclusion n° 2 du recourant doit ainsi être comprise comme précisant l'étendue de l'annulation requise à la conclusion n°1 (de nature formatrice), à savoir qu'elle demande d'annuler la décision du 25 février 2019 et vise à l'octroi de prestations de l'AI (requête pouvant par ailleurs aisément être déduite de la motivation du recours). En ce sens, la conclusion n° 2, à interpréter selon le principe de la confiance à la lumière de la motivation (TF 2C\_115/2017 du 30 mai 2017 c. 1.3), doit être considérée comme recevable. Sont particulièrement critiquées par le recourant, l'instruction lacunaire de la demande, l'interprétation erronée et l'appréciation structurée (juridique) coupée de la réalité de l'expertise auxquelles s'est livré l'Office AI.

**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 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]). A toutes fins utiles, il convient de préciser que, contrairement aux allégations du recourant (mémoire de recours, ch. I, let. A), la compétence à raison du lieu du TA ne saurait résulter du domicile de l'assuré en Valais (déménagement de D. \_\_\_\_\_ annoncé au 1<sup>er</sup> janvier 2018; dossier [dos.] AI 98). Cette compétence découle en revanche de l'art. 69 al. 1 let. a LAI dont il résulte, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, que le recours interjeté contre une décision d'un office cantonal de l'AI – et quel que soit le domicile de l'assuré – doit être examiné par le Tribunal des assurances du canton de siège de l'office AI concerné (MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3<sup>ème</sup> édition 2014, art. 69 LAI n. 2), étant entendu, qu'en principe (voir art. 40 al. 2<sup>bis-quater</sup> du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] pour les exceptions), l'office AI du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations reste compétent (art. 55 al. 1 phr. 1 en liaison avec l'art. 40 al. 1 let. a RAI).

**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** Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 LPGA en relation 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'AI, 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). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

**2.3** 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**

**2.4.1** A réception d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière (ATF 109 V 108 c. 2b). Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la

modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1). Lorsqu'une modification notable de l'état de fait est donnée, le droit à la rente doit être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2019 IV n° 39 c. 5).

**2.4.2** La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

**2.5** 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).

**2.6** 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 "Refus de rente", l'Office AI, en s'écartant des conclusions de l'expert psychiatre, a estimé que l'assuré n'endurait, sur le plan psychique, aucune atteinte à la santé de nature invalidante, en retenant que la fragilité psychique éprouvée était (principalement) en lien avec des facteurs psychosociaux et socioculturels réactionnels, étrangers à l'invalidité (situations professionnelles difficiles et récurrentes), de surcroît, de nature passagère (une modification de la médication devant générer, en tout état de cause et à court terme [dans un délai de trois mois], une amélioration de l'état de santé du recourant). Tout en réitérant l'argumentation qui précède, l'Office AI a également précisé, dans son mémoire de réponse du 13 mai 2019 (ch. 13) que, même dans l'éventualité où il s'imposerait de procéder à un examen de la capacité de travail à l'aide de la grille d'évaluation normative et structurée fondée sur le catalogue d'indicateurs, il n'y aurait pas lieu (ce déjà après l'examen au premier niveau, l'examen au deuxième niveau ne faisant que corroborer ce précédent constat) de retenir l'existence, chez le recourant, d'une atteinte à la santé psychique invalidante au sens de l'AI. Quant au profil d'exigibilité,

l'intimé a estimé que la description opérée par l'expert psychiatre était détaillée, de sorte que c'était à tort que l'assuré invoquait une violation du devoir d'instruction.

**3.2** Le recourant, quant à lui, a conclu à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi de prestations de l'AI (sa motivation du recours tend à l'octroi d'une rente entière). Il s'est insurgé contre l'absence de diagnostic (invalidant) retenu par l'Office AI, alors même qu'il apparaît selon lui, au vu des conclusions univoques des spécialistes consultés (psychiatre traitant et expert psychiatre) qu'il souffre sans conteste d'une pathologie psychiatrique invalidante, existant de longue date et dont l'intensité varie. Mettant en exergue les réserves émises par l'expert (à savoir qu'un emploi adapté à temps partiel risquerait d'aggraver sa situation de santé), le recourant a avancé qu'il n'était plus à même d'exercer une quelconque activité professionnelle, en soutenant que, tant le pensum (50% de capacité de travail dans un emploi adapté) que le profil d'exigibilité retenus par l'expert psychiatre, ont été formulés en tant qu'hypothèse envisageable de manière abstraite et théorique, de sorte qu'en le reprenant comme tel et sans autres investigations, l'Office AI a violé son devoir d'instruction. En tout état de cause, le recourant revendique la nécessité d'une appréciation structurée allant au-delà des motifs d'exclusion du premier niveau et qui ne peut déboucher, à ses yeux, sous réserve d'une instruction complémentaire, que sur un constat d'inexigibilité totale.

#### **4.**

A titre liminaire, il est constaté que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant datée du 3 mars 2016 (déposée par ailleurs avant la décision "initiale" d'octroi d'une demi-rente AI limitée dans le temps). Dans ces conditions, à la lumière des dispositions prévalant sur la révision, l'Office AI a donc estimé que le recourant, par sa nouvelle demande de prestations AI datée du 3 mars 2016, avait rendu plausible la survenance d'un changement notable dans son état de santé (nouvelle détérioration psychique communiquée à l'intimé début mars 2016, laquelle n'a, par conséquent, pas été prise en compte dans la décision initiale

d'octroi d'une demi-rente AI limitée dans le temps, l'Office AI ayant chargé le 24 février 2016 la CFC de procéder au calcul du montant de cette prestation due pour janvier et février 2015). En tout état de cause, le TA n'a pas à revoir cet aspect de la procédure et doit procéder à un examen matériel du cas d'espèce (cf. c. 2.4.1).

**4.1** Les évaluations médicales ayant fondé la décision initiale d'octroi d'une demi-rente AI (décision du 23 mars 2016) peuvent se résumer comme suit:

**4.1.1** Le rapport médical du 12 mai 2014 du psychiatre traitant (portant sur un suivi médical depuis mars 2014) a mis en évidence, comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1 selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Sans incidence sur la capacité de travail ont été évoquées des difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.1 CIM-10). Ce praticien a mentionné l'apparition de premiers symptômes dépressifs depuis 1995 (liés à la nouvelle responsabilité de l'assuré comme père de famille), de même qu'une hospitalisation de trois semaines en 2006. L'examen clinique pratiqué en mai 2014 a mis en exergue un patient dépressif, angoissé, envahi par un sentiment permanent de détresse, de désespoir et d'un manque de confiance et d'estime de soi. Grâce à un suivi médical et une médication appropriés, à l'aménagement de conditions de travail optimales et d'un processus de réintégration professionnelle très progressif (augmentation de la capacité de travail dans l'emploi habituel, notamment majoritairement nulle de janvier à septembre 2014, de 50% de novembre 2014 jusqu'au 3 février 2015, de 70% dès le 4 février et en mars 2015, de 80% en avril 2015, 90% en mai 2015 pour être intacte à partir de juin 2015), une rémission presque complète des symptômes dépressifs a été observée en septembre 2014. En octobre 2015, la rémission complète a été constatée, l'assuré étant alors à même de gérer son stress au quotidien parallèlement à une reprise d'activité lucrative à 100% dans son domaine d'activité (informaticien).

**4.1.2** C'est notamment sur la base des appréciations médicales qui précèdent et des (in)capacités de travail y afférentes attestées médicalement jusqu'à une pleine capacité de travail recouvrée en juin 2015 que l'intimé (par l'entremise de la CFC, cf. let. A) a octroyé à l'assuré, par décision formelle du 23 mars 2016, une demi-rente AI limitée dans le temps (du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2015) sur la base d'un degré d'invalidité de 53% (un degré d'invalidité de 34% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2015 s'étant avéré insuffisant à la poursuite du versement d'une quelconque rente AI).

**4.2** Après l'ouverture de la procédure de révision (mars 2016) et jusqu'à la décision contestée (février 2019), les rapports médicaux suivants ont notamment été rédigés:

**4.2.1** L'appréciation du psychiatre traitant de l'assuré est principalement synthétisée dans un certificat du 7 mars 2015 (recte: 2016) ainsi que plusieurs rapports médicaux dont ceux rédigés le 17 mai 2016 (à l'attention de l'Office AI Berne), le 26 septembre, le 28 octobre 2016 et le 27 janvier 2017 (pour le service médical de l'employeur). Ces documents mettent en lumière une sévère péjoration de l'état de santé psychique du recourant (altération ayant été amorcée depuis à tout le moins le début de l'année 2016), raison pour laquelle le spécialiste traitant a qualifié le trouble dépressif de (désormais) sévère intensité (F33.2 CIM 10; dos. AI 47/2). Ce praticien a décrit son patient comme étant en état de fatigue et d'épuisement permanents, ralenti et présentant des symptômes cognitifs sévères (notamment des ruminations, une incapacité à faire des choix ou décider, une anxiété chronique mêlée à des crises d'angoisse avec résurgence de signes de stress posttraumatiques), ces éléments rendant l'assuré incapable, selon lui, d'exercer une quelconque activité professionnelle. Constatant que l'état de santé du recourant, en dépit d'une médication et d'un suivi psychiatrique pourtant appropriés s'était sévèrement péjoré, le psychiatre traitant a émis (nouvellement) un pronostic très réservé pour l'avenir, évoquant une vraisemblable impossibilité sur le long terme à travailler dans la dernière activité exercée (voire même toute autre activité), ce même malgré une rémission des symptômes dépressifs et anxiogènes (observée en juin, septembre et octobre 2016) chez un assuré faisant montre d'une faible résistance au

stress et entravé durablement dans sa capacité d'adaptation (dos. AI 56 et 57). Le rapport médical du 27 janvier 2017 ayant été rédigé suite à une consultation en urgence le 10 janvier 2017 a mis en évidence un risque de suicidalité accru chez un patient en proie à une (nouvelle) recrudescence de sa symptomatologie dépressive, impliquant une incapacité de travail totale pour les mesures de réinsertion professionnelle prévues.

**4.2.2** L'expertise sur le plan psychiatrique requise par la psychiatre du SMR dans son rapport de mars 2017 et diligentée auprès du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport daté du 25 novembre 2017, complété le 11 avril 2018), a posé comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10 CIM-10) existant depuis 2006. L'expert a conclu que depuis le 2 mars 2016 l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler dans le dernier emploi exercé (informaticien). Dans une activité adaptée, à savoir non ou peu qualifiée, simple, n'ayant pas lieu en équipe et n'impliquant pas de prises de décisions importantes, l'expert a évalué la capacité de travail de l'assuré à hauteur de 50% sans perte de rendement à tout le moins au moment de l'expertise, tout en précisant qu'une activité trop subalterne risquait d'intensifier la problématique dépressive en raison de la perception d'une atteinte à l'estime de soi (dos. AI 86.1/18). S'agissant des périodes antérieures, l'expert a estimé que la capacité de travail du recourant dans l'activité adaptée définie par le profil devait être évaluée globalement à 50% depuis le 29 janvier 2014 (dos. AI 86.1/22).

## **5.**

Il convient d'examiner tout d'abord la force probante de l'expertise psychiatrique datant de novembre 2017/avril 2018 sur laquelle l'Office AI s'est fondé (tout en s'en distanciant sur le plan juridique pour nier à l'assuré toute atteinte à la santé de nature invalidante).

**5.1** Sur le plan formel tout d'abord, l'expertise apparaît comme étant complète et convaincante. Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère

invalidant des atteintes à la santé du recourant (cf. aussi c. 6.2.2 et 6.3 in initio). Elaborée sur la base d'un examen personnel de l'assuré sous l'angle psychiatrique, elle comporte une anamnèse détaillée sur les plans professionnel, familial, psychosocial et psychiatrique. Les avis médicaux antérieurs figurant au dossier ont été énumérés et pris en considération par l'expert, démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de l'expert sont motivées.

**5.2** Au niveau matériel ensuite, l'expert a pris en considération les plaintes formulées par le recourant (angoisses permanentes, fatigabilité, dévalorisation de soi, tristesse, sommeil altéré). Puis, sur la base de ses propres constatations, il a décrit un assuré orienté dans les trois modes, ouvert et sans méfiance, au contact émotionnel légèrement réduit, mais néanmoins sans signe de théâtralité ou de dramatisation. Quant au niveau intellectuel, l'expert l'a considéré comme étant dans la norme, le recourant faisant montre d'une bonne rapidité de compréhension, d'abstraction et de raisonnement. Sur le plan de la lignée dépressive, il a également relevé la présence d'une humeur légèrement déprimée (expertisé découragé), une légère tristesse et une réduction de l'élan vital, sans néanmoins percevoir d'abattement. Sur la base des constats médicaux qui précèdent, l'expert a ensuite livré une analyse systématique en vue de définir au plus précis les pathologies psychiatriques entrant en considération (dos. AI 86.1/13 ss).

**5.2.1** L'expert a tout d'abord appréhendé la question de l'existence d'un éventuel trouble de la personnalité chez l'assuré, en lien avec le diagnostic évoqué (certes sous une forme légère) par le psychiatre traitant de difficultés liées à une enfance malheureuse (F61.1 CIM-10, dos. AI 20/2), dont il a analysé méthodiquement les éléments constitutifs. Ainsi, bien qu'ayant constaté des éléments biographiques en soi propices au développement d'une telle affection (mal-être précoce omniprésent depuis l'enfance, le recourant ayant grandi loin de ses parents; séparation de sa mère à l'âge de trois ans d'abord de manière provisoire puis définitivement à l'âge de sept ans; placement dans une famille peu aimante), l'expert n'a néanmoins pas pu déterminer si le mal-être éprouvé par le recourant, consistant en un sentiment d'abandon et de solitude, avait atteint l'intensité

d'une réelle souffrance mentale. En tout état de cause, en dépit de ces éléments biographiques défavorables, le spécialiste consulté a relevé avec pertinence les forces indéniables de l'assuré, ce dernier ayant réussi à achever une formation professionnelle initiale et à évoluer sur le plan professionnel au sein de l'entreprise qui l'occupe depuis 1977 (moyennant divers perfectionnements et une ultime formation professionnelle menée en cours d'emploi durant quatre ans entre 2006 et 2010), faisant ainsi montre d'une bonne intégration et d'une stabilité indéniables (ces dernières observations permettant ainsi d'exclure toute rigidité voire de mettre en évidence des comportements dysfonctionnels), tant sur le plan professionnel que dans sa vie privée où le recourant s'est engagé avec succès dans une relation amoureuse durable et harmonieuse avec son épouse.

Au vu du raisonnement abouti de l'expert, auquel le TA se rallie, il convient donc d'exclure la présence d'un trouble de la personnalité chez l'assuré.

**5.2.2** Poursuivant son raisonnement médical, l'expert a également envisagé, dans la lignée des pathologies dépressives, l'existence d'un trouble dépressif récurrent (à l'instar du psychiatre traitant, cf. c. 4.2.1), dont il a également analysé les éléments constitutifs selon un raisonnement médical abouti. Pour ce faire, il a tout d'abord mis en lumière, selon une logique qui convainc, les différents épisodes de dépression survenus régulièrement dans la biographie de l'assuré (un premier épisode a débuté en 1992 et s'est prolongé jusqu'en 1995 [coïncidant avec la naissance des enfants] ayant nécessité une médication antidépressive; une deuxième phase dépressive a débuté en novembre 2005 en raison d'une surcharge de travail et a nécessité une hospitalisation de presque trois semaines en février 2006; un troisième épisode est apparu au début de l'année 2013 à nouveau dans un contexte professionnel), démontrant, à son sens, une chronicité au trouble enduré. Puis, essayant de déterminer au plus précis (à savoir dans la perspective d'une incidence sur l'aptitude au travail, dos. AI 86.1/16) l'intensité du trouble dépressif encouru, l'expert a soigneusement mis en balance les altérations endurées par l'assuré (comme la diminution modérée de l'énergie, de l'élan vital [peu d'activités, longs moments d'inactivité], de la confiance en soi [assuré se sentant

inutile et bon à rien]) avec ses capacités demeurées intactes (absence de troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, le recourant ayant d'ailleurs pu répondre aux questions qui lui étaient posées sans hésitation et tenir un discours clair et précis en restituant les dates exactes en lien avec des événements d'un passé proche ou lointain). Ne se contentant pas du fait qu'en 2016, l'intensité du trouble dépressif de l'assuré avait majoritairement été qualifié de gravité moyenne à sévère par le psychiatre traitant, ce spécialiste a expliqué avec pertinence pourquoi, au moment de la rédaction de l'expertise, il retenait un épisode actuel moyen (proche d'un épisode léger), en présence d'une humeur chez l'assuré qualifiée de (seulement) légèrement déprimée et d'un sommeil conservé, et en l'absence de tristesse franche, d'abattement ou d'idées suicidaires. L'expert a également relevé l'existence de sources de relatives satisfactions comme le fait d'être en contact avec la nature ou de s'adonner à la lecture, ces éléments concordant à exclure, selon lui, actuellement, un épisode sévère du trouble dépressif récurrent. C'est après avoir pu constater que l'assuré ne souffrait pas de réveils précoces, de dépressions matinales, voire d'agitation ou de ralentissement psychomoteurs marqués, que l'expert en psychiatrie a, selon un raisonnement médical qui convainc, nié la présence de symptômes somatiques.

**5.2.3** Par souci de complétude, au sens où même si cette piste avait été envisagée en arrière-plan (rapport médical du psychiatre traitant du 27 janvier 2017, dos. AI 76/3), l'expert s'est également justifié, après avoir constaté l'absence de conduites d'évitement et de symptômes d'hypersensibilité, sur l'inexistence à son sens d'un état de stress posttraumatique qui aurait pu modifier de manière durable la personnalité du recourant en raison des maltraitances subies durant l'enfance. En conclusion à son analyse, le spécialiste mandaté s'est également penché sur l'éventualité de la présence d'autres diagnostics, qu'il a, en expliquant les raisons, niés.

**5.3** Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expert psychiatre apparaissent comme étant cohérentes et probantes sur le plan médico-théorique. Le TA retient par conséquent l'existence chez l'assuré d'un

trouble dépressif récurrent, de moyenne intensité (épisode au moment de l'expertise) et sans syndrome somatique (F33.01 CIM-10).

## **6.**

**6.1** S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert psychiatre a retenu (cf. c. 4.2.2), au moment de la rédaction de l'expertise, que l'assuré était à même de travailler à hauteur de 50% dans un emploi adapté (peu qualifié, simple, itératif, comportant des automatismes, n'ayant pas lieu en équipe, n'imposant ni prise de décisions importantes ni responsabilité étendue), la dernière activité exercée par le recourant (informaticien logisticien) n'étant plus exigible en raison des aptitudes requises (rapidité de réaction, exactitude). Prétendre, à l'instar du recourant (recours II/7, III/3, 5-9), que cette évaluation de la capacité de travail, dans une activité adaptée, n'est qu'une hypothèse tout au plus envisageable et que, vu la recommandation de l'expert d'éviter une activité trop subalterne, il faut comprendre qu'il n'existe en réalité aucune capacité de travail, est totalement contredit par le contexte de l'expertise d'où le passage en question est sorti. L'expert, en partant des limitations fonctionnelles découlant de ses diagnostics (réduction de l'énergie [modérée], la confiance en soi [moyenne], la tolérance au stress et ralentissement moteur [léger]), après avoir exclu la reprise du dernier emploi au vu du risque élevé d'accentuation de la symptomatologie dépressive, en déduit, résolument et en fonction d'un profil détaillé, une capacité de travail résiduelle de 50% (en précisant que cela équivaut à 4 heures 15 sans diminution de rendement). Il mentionne en plus que dans le contexte d'un tel profil, le risque d'accentuation de la symptomatologie se situe dans l'exercice d'une activité trop subalterne par le biais d'une atteinte à l'estime de soi. Il ajoute aussi qu'avec une optimisation du traitement antidépresseur, il est possible qu'une capacité de travail supplémentaire soit récupérée dans un premier temps, dans une activité adaptée. Contrairement à la déduction qu'en fait le recourant, la restriction concernant l'aspect hiérarchique n'est pas incompatible avec le profil. Le marché du travail offre (pour reprendre les exemples de l'expert) des tâches, tels que des classements simples, des nettoyages de bureaux, la

surveillance d'expositions, l'entretien d'espaces verts ou le scannage de documents, permettant de travailler individuellement, sans surveillance serrée ni relation hiérarchique compétitive ou pesante, à des activités certes simples, voire répétitives, mais apportant des résultats concrets. Le caractère hypothétique sur lequel le recourant insiste en l'espèce est en réalité inhérent à toutes les estimations de capacité de travail auxquelles doivent procéder les experts. Rien en l'occurrence ne nécessite l'organisation de mesures d'instruction complémentaires sur cet aspect.

**6.2** Il convient par conséquent de déterminer si l'appréciation de l'expert, cohérente et probante sur le plan médico-théorique, peut être suivie sous l'angle juridique du droit de l'AI.

**6.2.1** Une atteinte à la santé 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 (art. 7 al. 2 phr. 1 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). En règle générale, il convient de prendre en considération des indicateurs standards classés selon leurs caractéristiques communes (c. 4.1.3), qui sont répartis dans les catégories "degré de gravité fonctionnel" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4). La grille d'évaluation présentée est de nature juridique (c. 5). La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la

santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (c. 6).

**6.2.2** Il convient d'examiner dans quelle mesure l'affection dont souffre le recourant influence sa capacité de travail et si l'évaluation de celle-ci à laquelle parvient l'expert psychiatre mandaté par l'intimé se défend sous un angle juridique. L'expertise a en l'occurrence été réalisée après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant les arrêts du Tribunal fédéral (TF) étendant ce mode d'évaluation aux atteintes psychiques, dont les troubles dépressifs (ATF 143 V 418 c. 6 et 7 et 143 V 409 c. 4 du 30 novembre 2017). Quand bien même les spécialistes soignant le recourant n'avaient pas expressément diagnostiqué de troubles psychosomatiques, le mandat confié par l'intimé à l'expert comportait les questions dont les réponses couvrent l'analyse des indicateurs désignés par la jurisprudence qui, dans l'intervalle, a été étendue à tous les troubles psychiques. L'expertise au dossier n'a donc pas été élaborée selon d'anciens standards de procédure - ce qui au demeurant ne lui ferait pas perdre d'emblée toute valeur probante (ATF 141 V 281 c. 8, 137 V 210 c. 6) - mais correspond à l'examen auquel il faut procéder s'agissant de tous les troubles psychiques depuis fin novembre 2017, soit notamment déjà à la date déterminante de la décision. Cependant, ainsi que déjà relevé (cf. c. 6.1), il découle aussi de la nouvelle méthode d'évaluation qu'une estimation d'incapacité de travail à laquelle parvient l'expert médical à la lumière des indicateurs retenus par la jurisprudence ne représente, pour les organes chargés de l'application de la législation sur l'AI, que des indices. Une évaluation (par les experts) admettant une restriction de la capacité de travail d'une personne assurée en lien avec une affection psychique doit être juridiquement contrôlée en fonction de chaque cas concret, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (par ex. TF 8C\_703/2018 du 13 juin 2019 c. 4.2.2).

**6.3** En l'occurrence, l'expertise psychiatrique du 6 novembre 2017 répond aux questions posées par l'Office AI spécifiques au modèle du catalogue structuré (que l'expert a reçu de l'AI dans le cadre de son mandat, dos. AI 83/3 et 4). Elle permet ainsi d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs.

**6.3.1** Ainsi, au premier niveau de l'analyse structurée définie par la jurisprudence, le TA retient (et contrairement à l'avis de l'intimé non étayé médicalement) que l'expertise psychiatrique, à juste titre, ne recèle aucun élément relatif aux motifs d'exclusion. S'agissant tout d'abord du critère de l'autolimitation (que l'intimé soulève en avançant que l'assuré recherche la reconnaissance d'un état malade à dessein d'obtenir une rente), l'expert a démontré avec pertinence comment les fragilités de l'assuré (liées à son enfance) étaient indéniablement ancrées et limitantes, générant depuis des décennies (premier épisode dépressif en 1992 ayant culminé en 1995) et de manière récurrente, des épisodes dépressifs (que ce soit en relation avec des événements professionnels stressants ou dans tout autre contexte anxigène, comme le fut autrefois la nouvelle responsabilité de l'assuré en tant que père de famille). L'expert a aussi mis en exergue la fréquence toujours plus marquée des épisodes dépressifs (phases de rémission toujours plus courtes), raison pour laquelle il a retenu un caractère désormais chronique (et non réactif) au trouble dépressif enduré en soi (peu importe que les décompensations épisodiques soient liées à un événement). Quant à la prétendue violation de l'obligation de réintégration du marché du travail par le recourant (ce dernier n'aurait, à tort, pas fait de recherches d'emploi), invoquée par l'intimé comme motif d'exclusion également, elle ne saurait être retenue. Il ne faut en effet pas perdre de vue les circonstances du cas d'espèce. Il apparaît tout d'abord, selon la table ronde ayant eu lieu le 4 novembre 2016 (cf. "Protokoll per 13.05.2019", p. 8) avec l'employeur de l'assuré notamment, qu'il a été constaté que l'entreprise employant le recourant n'était pas en mesure de lui proposer une mesure de réinsertion, de sorte qu'au vu de la situation de santé du recourant, fragilisé sur le marché du travail, les parties intéressées ont décidé de mettre sur pied une mesure de réintégration dans une institution, préférable, ce d'autant plus qu'elle allait permettre de définir au mieux les ressources de l'assuré dans un environnement bien structuré exempt

d'impératifs liés à la productivité. Or, il appert que la mesure institutionnelle envisagée (qui aurait dû débiter le 16 janvier 2017) n'a pu avoir lieu en raison d'un risque de suicidalité avéré en janvier 2017, cet état suicidaire ayant imposé une consultation psychiatrique en urgence le 10 janvier 2017 et généré une incapacité totale à travailler, quelle que soit l'activité exercée. Dans ces conditions, à savoir en présence d'un assuré se trouvant dans un état dépendant clairement du tableau clinique ne lui permettant même pas de mener à bien une mesure de réadaptation institutionnelle (dos. AI 86.1/21), il ne saurait être reproché au recourant de n'avoir pas cherché à se réadapter par soi-même. Dans la mesure où un tel comportement constituerait également un motif d'exclusion, aucune exagération des symptômes n'a pu être relevée chez l'assuré, l'expert ayant exclu (à l'instar de l'intimé dans sa réplique [ch. 13]) tout comportement ostensible et théâtral (dos. AI 86.1/12 et 19). C'est donc à tort que l'intimé, du reste sans s'appuyer sur un avis médical, nie tout caractère invalidant aux atteintes psychiques du recourant que ce soit sur la base d'un raisonnement ne nécessitant pas d'analyse structurée ou au premier niveau d'une telle analyse en raison de motifs d'exclusion (réponse ch. 12 et 13). Au surplus, il y a lieu de préciser que dans la mesure où des facteurs étrangers à l'invalidité sont invoqués par l'intimé, l'expert en a reconnu deux (l'âge et le déconditionnement professionnel) et les a éliminés de son appréciation de la capacité de travail (dos. AI 86.1/19, ch 3).

**6.3.2** Dans l'analyse au deuxième niveau, d'abord quant au degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte, l'expert a tenu compte du diagnostic dépressif concerné, certes d'une moyenne (presque faible) intensité au moment de la rédaction de l'expertise. Il a néanmoins relativisé l'impact du caractère modéré de l'épisode constaté, dans un contexte de récurrence (épisodes dépressifs se succédant), la durée des épisodes de mal-être accentué ayant atteint un degré de sévère intensité (en mars 2016, un risque de suicidalité marqué est évoqué en janvier 2017) laissant ainsi également supposer désormais la présence d'une pathologie dépressive chronicisée, induisant un niveau d'exigibilité professionnelle fluctuant en fonction des épisodes/rémissions de la symptomatique dépressive (dos. AI 86.1/21). L'argument de l'intimé selon lequel toutes les possibilités thérapeutiques n'auraient pas été épuisées (prétendue violation de

l'obligation de diminuer le dommage de la part de l'assuré) tombe également à faux. Rien n'indique que le recourant ne se serait pas conformé au traitement prescrit par son psychiatre. Le contrôle opéré sur demande du SMR va également dans ce sens (dos. AI 103/2, 105 et 106). Quant aux suggestions de modification de traitement avancées par l'expert, l'intimé ne les a pas exigées de l'assuré (art. 21 al. 4 LPGA) et, en outre, le psychiatre traitant avait déjà écarté cette hypothèse au vu des origines de l'atteinte remontant à l'enfance et l'expert n'en espérait pas de résultat déterminant (dos. AI 76/3 et 86.1/21). Par ailleurs, dans son analyse détaillée, l'expert n'a pas négligé les ressources de l'intéressé, qu'il a considérées comme étant certes diminuées sous certains points (réduction de l'énergie, altération de la confiance en soi, réduction de la tolérance à la pression psychique [stress] ainsi que ralentissement idéomoteur) mais néanmoins existantes (absence de consommation de substances psychoactives, bonne compliance médicamenteuse, recherche de soins psychiatriques, formation professionnelle de qualité, situation familiale stable et harmonieuse). Pourtant conscient de ces indicateurs positifs, l'expert n'a pas nié toute incapacité de travail. Ainsi, c'est en tenant compte d'une fragilité évidente chez l'assuré, enclin au développement de symptômes dépressifs moyennement présents au moment de la rédaction de l'expertise (dos. AI 86.1/18), que le spécialiste mandaté a estimé que ces restrictions se répercutaient de manière défavorable sur le taux d'activité professionnelle du recourant (que l'expert a chiffré à hauteur de 50% si l'emploi est adapté, alors qu'il n'a [plus] retenu aucune exigibilité professionnelle dans l'activité habituelle). Partant, au vu de l'analyse opérée par l'expert, pertinente également sous l'angle juridique, le TA estime que la restriction partielle de la capacité de travail à laquelle ce spécialiste en psychiatrie conclut logiquement, l'emporte avec une vraisemblance prépondérante. En effet, le TA relève que tant l'appréciation de l'Office AI dans sa décision contestée (exclusion de toute atteinte invalidante au motif de l'existence de facteurs bio-sociaux) que son analyse juridique subséquente des indicateurs (mémoire de réponse du 13 mai 2019 ch. 4, paragraphe 2 et 3, mémoire de duplique du 5 juillet 2019 ch. 17) vont bien au-delà d'une vérification juridique des constatations/observations arrêtées par un spécialiste en psychiatrie. L'Office AI, sans requérir aucun complément médical d'information, et pour aboutir à un

résultat foncièrement divergent, a véritablement procédé à une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale au prétexte d'un meilleur savoir juridique, ce qui n'est pas autorisé (ATF 145 V 361 c. 4.3). A l'inverse, l'estimation du recourant tendant à déduire une capacité de travail nulle de l'analyse structurée ne peut pas non plus être suivie. Comme relevé au c. 6.1, les conclusions de l'expert ne peuvent être interprétées au sens que la capacité de travail de 50% n'a pas vraiment été retenue. Les critiques du recourant à l'encontre de l'analyse structurée opérée par l'intimé dans sa duplique ne permettent par ailleurs pas d'aboutir à une absence totale de capacité de travail. Ces critiques corroborent en revanche l'estimation à un taux de 50% proposée par l'expert, qui a pris en considération les souffrances que le recourant a subies dans son enfance, ces dernières étayant la fragilité psychique à la base de l'incapacité. Que l'Office fédéral de la justice ait accordé une contribution de solidarité au recourant (cf. réplique) ne remet pas en cause l'évaluation de la capacité de travail par l'expert.

**6.4** Il s'ensuit, tant au vu des diagnostics retenus que de la capacité de travail, que le raisonnement de l'expert psychiatre exposé dans ses rapports de novembre 2017 et avril 2018 emporte la conviction du TA. Partant, il convient donc de retenir, à tout le moins au moment de l'examen du recourant qui coïncide pratiquement à celui de l'établissement du rapport (23-25 novembre 2017), que le recourant était à même de travailler à hauteur de 50% dans un emploi profilé, que l'expert a, et contrairement à l'avis du recourant, détaillé (cf. c. 4.2.2 et 6.1), l'exigibilité professionnelle étant nulle dans la dernière activité exercée (informaticien).

**6.5** Par conséquent, il découle, à l'examen matériel comparatif de la situation médicale ayant prévalu (en mars 2016) au moment de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente AI limitée dans le temps (du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2015) et celle ayant fondé la décision contestée (en février 2019) de refus de rente AI, qu'une modification sensible dans l'état de santé de l'assuré est intervenue, dans le sens d'une dégradation de la capacité de travail. En effet, l'amélioration progressive de la capacité de travail de l'assuré, amorcée en novembre 2014 jusqu'à une pleine capacité de travail en juin 2015 a fait place désormais (dès février 2016) à une capacité de

travail durablement limitée (inexigibilité professionnelle dans le dernier emploi exercé, 50% de capacité de travail dans une activité adaptée) en raison d'une affection psychique chronicisée. Cette détérioration de la capacité de travail qui, à l'époque, n'avait pas duré trois mois, n'avait pas été prise en compte lors du prononcé le 23 mars 2016 de la décision d'octroi de la demi-rente limitée dans le temps (art. 88a al. 2 RAI). Cet état dégradé, qui s'est révélé persistant, doit donc logiquement être compris dans l'évaluation de la situation ayant prévalu depuis la nouvelle demande des 3/8 mars 2016 (TF 9C\_262/2019 du 22 mars 2020 [= SVR 2020 IV n° 43] c. 4.3 et 4.4).

Cette péjoration intervenue constitue ainsi donc bien, et contrairement à l'avis de l'Office AI qui n'y voit qu'une appréciation différente d'un état de fait resté inchangé, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Comme la décision de mars 2016 avait supprimé la rente à raison d'une rémission et reprise d'emploi, sans s'appuyer sur un diagnostic de trouble récurrent, le prononcé ici en cause ne peut en appeler à la persistance de ce diagnostic impliquant des fluctuations pour ignorer la détérioration qui s'est manifestée dès les premiers mois de 2016.

## 7.

Il suit 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. La décision contestée doit donc être annulée et le dossier renvoyé à l'Office AI afin qu'il détermine l'employabilité et cas échéant le degré d'invalidité du recourant en fonction de l'appréciation de la capacité de travail et du profil résultant de l'expertise du 25 novembre 2017 (complétée en avril 2018), voire des éventuelles fluctuations subséquentes qui devront être investiguées en actualisant les données médicales. La période soumise à l'examen de l'intimé s'étendra donc du 24 mars 2016, lendemain de la décision du 23 mars 2016, entrée en force et refusant toute rente depuis le 1<sup>er</sup> mars 2015. Dans ce contexte, l'intimé veillera aussi au respect de

l'art. 29<sup>bis</sup> RAI (suppression à certaines conditions du délai d'attente statué à l'art. 28 al. 1 let. b LAI) et du délai de carence de six mois (imposé par l'art. 29 al. 1 LAI; ATF 142 V 547 c. 3) à compter du dépôt (art. 29 al. 3 LPGA) de la nouvelle demande de l'assuré en mars 2016.

## **8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision de refus de rente AI de l'intimé datée du 25 février 2019, ainsi que de renvoyer le dossier à l'Office AI afin qu'il opère une instruction complémentaire au sens des considérants (c. 7), puis rende une nouvelle décision.

**8.2** Les frais de la procédure devant le TA, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée dès l'entrée en force du présent jugement.

**8.3** 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 2.1, 132 V 215 c. 6.2). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a donc droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le TA. Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 12 juillet 2019, qui ne prête pas à discussion, compte tenu du gain de cause, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA en cas de représentation par un organisme de conseils juridiques reconnu d'utilité publique (tarif horaire de Fr. 130.-; voir notamment la circulaire du 16 décembre 2009 sur la fixation des honoraires et des dépens dans les litiges en matière d'assurances sociales en cas de telle représentation, consultable sur le site [www.justice.be.ch/ta](http://www.justice.be.ch/ta) → Téléchargements & publications), sont fixés à un montant de Fr. 1'720.40 (honoraires de Fr. 1'547.-, débours de Fr. 50.40.- et TVA de Fr. 123.-).

**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. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'720.40 (débours et TVA compris) au titre de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,

et communiqué (A):

- à la Caisse de pension C. \_\_\_\_\_.

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).