

200.2019.949.AI

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 24 février 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moecki et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à une décision de ce dernier du 22 novembre 2019



En fait:

A.

A. _____, né en 1964, marié, père de deux enfants nés en 2000 et 2003, au bénéfice d'un CFC de tôlier-carrossier, a travaillé comme salarié et indépendant dans la branche automobile, depuis 1997 dans le même garage, qui a passé de la forme de la raison individuelle à celle de société à responsabilité limitée depuis février 2015 (selon renseignements du registre du commerce accessibles en ligne). Par prononcé du 10 janvier 2015, l'Office de l'assurance-invalidité (AI) Berne lui avait octroyé un forfait pour un appareillage acoustique. Dans le contexte d'une incapacité de travail attestée à 75%, ayant débuté le 15 novembre 2016, et suite à une communication (formulaire de détection précoce) adressée le 20 décembre 2016 à l'Office AI Berne par un centre médico-psychologique pour adultes, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations AI (mesures professionnelles et rente) le 16 janvier 2017, en invoquant souffrir d'un trouble du comportement (crises épileptiques) depuis quelques années.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne, à plusieurs reprises, s'est procuré des rapports du spécialiste, chef de clinique, en charge du cas du recourant auprès du centre médico-psychologique et a requis le dossier de l'assuré perte de gain en cas de maladie de l'assuré (dont une expertise psychiatrique et un rapport d'assessment). Il a aussi obtenu de l'assuré les documents comptables relatifs au garage. Sur la base d'un avis du 1^{er} mars 2018 du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), par une communication du 13 mars 2018, l'Office AI Berne a accordé des mesures d'intervention précoce du 23 février au 30 mai 2018, sous la forme d'un bilan de compétences. Il a en outre organisé une enquête relative à l'activité professionnelle indépendante, dont les conclusions ont été rédigées le 14 mars 2018. Dans une communication du 19 mars 2018, l'Office AI Berne a reconnu le droit de l'assuré à un soutien en vue du maintien au poste de travail. Le 29 mars 2018, l'Office AI Berne

a de plus rendu une préorientation, selon laquelle le droit à une rente était refusé (taux d'invalidité insuffisant). Du fait des objections de l'assuré, représenté par une juriste d'une fondation d'utilité publique, l'Office AI Berne a consulté une nouvelle fois le SMR, qui s'est exprimé le 1^{er} juin 2018, puis a fait compléter le dossier par les résultats d'une analyse de laboratoire. Il a aussi obtenu une évaluation d'un spécialiste en gastroentérologie. Il a alors mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr C._____, médecin psychiatre/psychothérapeute FMH à D._____, dont les conclusions lui ont été remises le 8 novembre 2018. Celles-ci ont été présentées au SMR, qui s'est déterminé à cet égard le 4 décembre 2018, de même qu'au Service des enquêtes, qui a délivré un rapport le 13 février 2019. Suivant l'avis du SMR, l'Office AI Berne a encore recueilli un rapport de laboratoire. Il a ensuite mis un terme aux mesures de réadaptation selon préavis du 12 février 2019 et décision du 16 avril 2019. L'Office AI Berne a par ailleurs nié tout droit à des prestations (pas d'atteinte invalidante) par décision du 22 novembre 2019, rendue en dépit des objections formulées le 2 juillet 2019 par l'intéressé, toujours représenté, contre une préorientation de contenu similaire du 13 mai 2019.

C.

Par mémoire du 18 décembre 2019, le recourant, défendu par un avocat employé par un organisme d'utilité publique, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision du 22 novembre 2019 et, principalement, à l'octroi des prestations auxquelles il a droit, soit une rente entière d'invalidité, ainsi que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 5 février 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant a maintenu ses conclusions et versé une nouvelle pièce justificative au dossier, par réplique du 20 mars 2020. L'intimé a aussi confirmé ses conclusions dans une duplique du 30 avril 2020. Le 19 mai 2020, le recourant a encore pris position sur cette dernière, de même que remis sa note d'honoraires. Le 29 janvier 2021, il s'est de plus enquis de l'avancement de la procédure.

En droit:

1.

1.1 La décision du 22 novembre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie tout droit du recourant à des prestations de l'AI. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sont critiquées par le recourant non seulement la valeur probante de l'expertise du 8 novembre 2018, mais aussi l'appréciation (selon les indicateurs jurisprudentiels) opérée par l'intimé du caractère (non)-invalidant des limitations fonctionnelles définies dans l'expertise, que l'intimé considère pourtant comme probante, appréciation juridique qui aboutit à un résultat s'éloignant totalement de ceux (déjà contestés en eux-mêmes) proposés par l'expert et le SMR.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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]).

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.

D'emblée, on peut exclure que la précédente demande de prestations AI du 10 janvier 2015, qui visait l'octroi (obtenu) d'un moyen auxiliaire (appareil acoustique) et qui n'a pas du tout abordé la question de l'existence et de l'ampleur d'une éventuelle invalidité, implique que la deuxième (nouvelle) demande ici en cause du 16 janvier 2017 soit examinée, par analogie, sous l'angle de la révision de prestations durables au sens de l'art. 17 al. 1 ou 2 LPGA (voir aussi art. 87 al. 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). En l'espèce, l'invalidité du recourant peut être évaluée sans procéder, dans un premier temps, à une comparaison avec la situation ayant prévalu lors de l'octroi de l'appareillage acoustique pour déterminer si un changement notable s'est produit.

3.

3.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur en vigueur [en français] jusqu'au 31 décembre 2020; voir art. 83 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

3.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). 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).

3.3 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.

3.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En revanche, il n'appartient pas au médecin de s'exprimer sur le degré d'une rente éventuelle, étant donné que la notion d'invalidité n'est pas seulement déterminée par des facteurs médicaux, mais également des facteurs économiques (cf. art. 16 LPG).

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

4.

4.1 Dans la décision contestée et sa réponse, l'intimé a avancé que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. Selon lui, les atteintes retenues dans l'expertise revêtaient un caractère modéré et des mesures thérapeutiques adéquates pouvaient améliorer l'état de santé et la capacité de gain, le traitement suivi n'étant pas adapté (la médication devant être optimisée, le recourant n'ayant été pris en charge par un psychiatre qu'à la demande de son épouse et les consultations ayant lieu une fois par mois seulement). Par conséquent, il a indiqué que la souffrance devait être réputée faible. L'intimé a aussi souligné que le recourant vivait avec son épouse et ses enfants, qu'il rencontrait des amis (ayant même été aidé financièrement par des connaissances pour fonder son entreprise) et qu'il conservait des contacts avec sa famille. De plus, il a relaté que le recourant travaillait régulièrement dans son garage, accompagnait l'une de ses filles à l'école lorsqu'il avait congé, qu'il faisait de la marche et du vélo, s'occupait des courses, tenait sa comptabilité, préparait le dîner, s'adonnait à des activités de bricolage et réalisait des travaux dans son chalet. L'intimé a encore indiqué que, selon l'expert, le

recourant ne présentait aucune limitation pour les activités sociales et de loisirs, aucune différence n'étant intervenue à cet égard depuis la survenance des atteintes à la santé. Dès lors, en renvoyant à l'examen des indicateurs découlant de la jurisprudence, applicable au vu des diagnostics psychiques posés, l'intimé a expliqué qu'on ne pouvait retenir l'existence d'une incapacité de travail impliquée par les limitations fonctionnelles psychiques définies médicalement. Il a spécifié que seul le comportement impulsif et la faible tolérance à la frustration pouvaient constituer de telles limitations. L'intimé a donc expliqué que, d'un point de vue juridique, il fallait s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail proposée par l'expert, même si l'expertise était probante. L'intimé a aussi, dans sa duplique, remis en cause la valeur probante du rapport produit par le recourant avec sa réplique, en évoquant que celui-ci avait été établi pour les besoins de la cause et par le médecin traitant, signalant qu'il n'y avait de toute manière pas lieu de suivre l'avis exprimé dans ce document, puisqu'il se prononçait sur la portée juridique d'éléments médicaux. Enfin, l'intimé a affirmé qu'il n'était pas soutenable de mettre en corrélation le succès d'un traitement avec une baisse du taux d'activité professionnelle.

4.2 Dans son recours et ses écrits subséquents, l'intéressé a d'abord relevé que l'intimé avait violé le droit en s'écarter selon son bon vouloir, dans l'appréciation des indicateurs, des conclusions de l'expert, du médecin traitant et même aussi de son SMR. De l'avis du recourant, l'intimé a à tort procédé à un examen selon les indicateurs comme si le recourant souffrait de dépression, alors qu'il n'en est pas question au cas particulier, le diagnostic d'épisode dépressif moyen ayant été estimé sans influence sur la capacité de travail. Le recourant a relevé qu'en se basant sur les diagnostics pertinents, il n'y avait rien d'étonnant à ce qu'il ne suive pas de traitement spécifique, qu'il vive avec sa famille, exerce une activité à temps (très) partiel et qu'il ne soit pas coupé du monde (élément du reste partiellement contesté). Il a prétendu que ces éléments ne démontraient ni qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé, ni que les diagnostics posés étaient dépourvus de conséquences fonctionnelles. Par ailleurs, il a aussi contesté la quotité de l'atteinte définie par le SMR qui ne correspond ni à celle du médecin traitant, ni même du reste à celle de l'expertise. Le recourant a estimé qu'il a droit à cet égard à des prestations d'invalidité calculées en

tenant compte d'une capacité de travail maximale de 30%, ramenée à 25% dans sa réplique en renvoyant à un nouveau rapport de son spécialiste traitant. Aux yeux du recourant, ce nouveau document médical explicite de façon convaincante les raisons pour lesquelles il ne convient pas de suivre l'expert et encore moins l'évaluation de l'intimé et il prend également clairement position quant aux évaluations divergentes de l'ampleur de la capacité de travail. Dans sa dernière prise de position, le recourant a encore insisté sur le fait que l'intimé, vu le rôle joué en procédure par les avis de son SMR et aussi la dépendance économique des experts qu'il mandate, était malvenu lorsqu'il alléguait que le dernier rapport du médecin traitant perdait de sa valeur probante en raison de sa partialité (relation contractuelle entre médecin et patient et rapport rédigé pour être produit en procédure).

5. Les documents figurant au dossier restituent en substance la situation qui suit.

5.1 Hormis les pièces relatives à la première demande (voir c. 2), le document le plus ancien que l'intimé a reçu (le 7 novembre 2017, par le biais de l'assureur perte de gain maladie) est un rapport du 9 septembre 2016 du service des urgences d'un hôpital régional décrivant que le recourant, amené en ambulance après une perte de connaissance de 30 à 60 secondes dans la salle d'attente de son ophtalmologue, déclare être à bout de nerfs, incompris surtout du corps médical, avoir envie de tout casser et avoir déjà subi deux épisodes similaires de perte de connaissance (4 et 13 ans auparavant). Un malaise vasovagal ainsi qu'un état d'anxiété chronique ont été diagnostiqués et le patient a été dirigé vers une consultation psychiatrique.

5.2 Dans une série de rapports adressés les 12 décembre 2016, 21 mars et 2 octobre 2017 à l'assureur perte de gain maladie et les 24 février et 12 juillet 2017 à l'intimé, un chef de clinique d'un centre médico-psychologique pour adultes relate qu'il a pris personnellement le recourant en charge (médication psychotrope et traitement psychiatrique intégré) depuis le 15 novembre 2016 pour (avec effet sur la capacité de

travail) un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (ch. F32.2 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé) et un trouble explosif intermittent (ch. F63.8 CIM-10). Ce spécialiste a précisé que le recourant fonctionnait en état de surmenage progressif depuis des années et que, depuis près de 10 ans, il présentait des comportements d'énervements subits, provoqués par les frustrations ordinaires du travail, lors desquels il cassait et lançait tout ce qui se trouvait à sa portée, présentant un risque important de blessure pour lui-même et pour autrui. Il conseillait une réadaptation professionnelle dans une activité dépourvue de stress et des frustrations ressenties en tant qu'indépendant. Il a attesté une incapacité de travail à 75% dans le métier exercé (et aussi toute autre profession) pour une durée indéterminée dès le 15 novembre 2016, en expliquant que cette limitation visait une meilleure gestion du stress pour, entre autres, éviter un passage à l'acte hétéro- et/ou auto-agressif. Dès le rapport du 12 juillet 2017, le spécialiste traitant a noté un état stationnaire mais une amélioration du trouble dépressif grâce à la réduction du taux d'occupation. Dans celui du 2 octobre 2017, le spécialiste traitant a qualifié le trouble dépressif de relativement compensé (si le taux de travail n'était pas augmenté) et a fait part de l'échec d'une tentative d'élévation du taux à 40% en août 2017. Il a aussi signalé que la fragilité et la tendance aux comportements explosifs persisteraient et décrit une hyperammoniémie invalidante ayant occasionné un changement de médication.

5.3 L'assureur perte de gain en cas de maladie a aussi transmis à l'intimé, en novembre 2017, un rapport d'expertise du 28 juin 2017, qu'il avait requis d'un médecin psychiatre et psychothérapeute. Celui-ci y a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, actuellement en rémission (ch. F31.10 CIM-10), ainsi que de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (ch. F60.30 CIM-10). L'expert a écrit que les signes cliniques d'un épisode dépressif n'étaient pas apparus lors de l'examen mais qu'en revanche, le recourant présentait la plupart des signes cliniques d'une personnalité explosive, surtout un manque de contrôle de soi. Il a toutefois déclaré que le recourant ne souffrait pas d'un trouble explosif intermittent car le trouble s'était installé de longue date.

L'expert a ajouté que les éclats de colère étaient très disproportionnés et qu'ils pouvaient conduire à de la violence. Il a donc jugé que les relations interpersonnelles étaient très difficiles. Quant aux limitations fonctionnelles, il a essentiellement relevé que l'attention, la concentration, la mémoire et la motricité étaient normales mais que le recourant présentait une intolérance aux situations de frustration ou de difficultés et une fatigabilité après quelques heures, avec une tendance à l'irritabilité, signalant cependant que la vie en dehors du travail était peu impactée par les troubles. Il a attesté une incapacité de travail de 50% pendant un mois dès le 1^{er} juillet 2017 et de 30% durant trois mois dès le 1^{er} août 2017 (à réévaluer ensuite). Moyennant un traitement psychiatrique et médicamenteux susceptible d'être adapté, le pronostic n'a pas été jugé défavorable dans le même cadre professionnel, la persistance des troubles ne pouvant néanmoins être exclue.

5.4 Dans son rapport du 1^{er} mars 2018, une spécialiste en psychiatrie/psychothérapie du SMR a indiqué que le diagnostic d'épisode dépressif moyen à grave en fin 2016 (amélioré sous traitement) pouvait être retenu mais pas celui de trouble de la personnalité de type impulsif. Elle a expliqué qu'il n'y avait pas assez d'indices pour retenir que les critères de la CIM-10 étaient réalisés, puisque de tels troubles étaient caractérisés par un comportement nettement inapproprié, profondément enraciné et persistant, ainsi que par la présence de nettes déviations des perceptions, des pensées et des sensations. La spécialiste du SMR a ajouté qu'un trouble de la personnalité était généralement stable et qu'il débutait toujours dans l'enfance ou l'adolescence, puis se manifestait de façon permanente à l'âge adulte. Or, elle a rappelé que le comportement impulsif du recourant s'était constitué au cours des 10 dernières années, de sorte que le critère de la durée d'existence du trouble n'était pas rempli. En outre, elle a signalé qu'un trouble explosif intermittent était précédé d'une période prodromique de tension suivie d'un sentiment de soulagement lors de la réalisation de l'acte, mais que le dossier ne mettait pas en évidence de telles observations. Elle a conclu que les composantes impulsives ne pouvaient, à ce stade, être associées à un diagnostic selon la CIM-10 mais que celles-ci, la fragilité de base et la symptomatologie dépressive résiduelle entraînaient néanmoins une baisse du rendement. La spécialiste

a retenu que le recourant avait un besoin de pauses accru et devait pouvoir se mettre en retrait, ce qui était possible dans une activité indépendante. L'activité exercée a donc été jugée exigible à temps complet, avec une réduction de rendement de 20%. En cas de décompensation ou de récurrence, une expertise psychiatrique a été recommandée.

5.5 Dans le rapport d'enquête "activité professionnelle indépendante", du 14 mars 2018, le service des enquêtes a relevé que, sans atteinte à la santé, le recourant serait également carrossier indépendant. D'après cet écrit, le recourant est l'unique actionnaire (*recte*: associé) et gérant d'une Sàrl. Il est propriétaire de son garage ainsi que des installations et loue celles-ci, de même que les équipements, à d'autres garagistes, à qui il sous-traite aussi des travaux de mécanique. Le service des enquêtes a retenu que le recourant a déclaré avoir assumé un horaire de 50 heures hebdomadaires en moyenne avant la survenance de l'invalidité (et, à l'époque du rapport, 3 jours complets par semaine), dans trois champs d'activité: la direction et l'administration (20%), la carrosserie (53%) et les petits services/la petite mécanique (27%). En tenant compte de la perte de rendement de 20% admise par le SMR, dans les trois domaines, le service des enquêtes aboutit (logiquement) à un taux d'incapacité de travail pondérée de 20% au total (4% + 11% + 5%). En appliquant la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, en se référant à des revenus statistiques différents pour les tâches administratives et les travaux manuels, vu la réduction uniforme de 20%, l'enquêteur arrive aussi à une perte de gain (invalidité) de 20%.

5.6 En réaction au premier préavis de refus de rente du 29 mars 2018, avec ses objections, le recourant a produit un courrier de son spécialiste traitant du 30 avril 2018, dans lequel celui-ci a confirmé ses diagnostics, en expliquant que son patient avait rencontré des difficultés croissantes à cause des lois et décisions politiques, qui l'auraient empêché de réaliser plusieurs projets professionnels et fait perdre beaucoup d'argent, ce qui l'aurait rendu de plus en plus irritable, nerveux et révolté. Ces sentiments auraient été renforcés par la croissance des exigences des clients et des assurances, au point que son fonctionnement professionnel serait devenu toujours plus problématique, avec interférence dans la sphère privée,

l'ayant coupé de ses proches. Le spécialiste insiste sur la nécessité de la réduction de la charge de travail pour limiter le risque d'épisodes explosifs qui représentent un réel danger, en dépit de la médication psychotrope et du soutien psychologique.

5.7 L'intimé, sur demande du SMR dans son avis 1^{er} juin 2018, s'est procuré un rapport d'analyse du 10 mai 2017 montrant un taux d'ammoniac redevenu normal. Le 5 juillet 2018, des documents médicaux émanant d'un gastroentérologue ont aussi été versés au dossier de l'intimé. Après avoir fait procéder à diverses analyses, dans un rapport adressé le 9 mars 2018 au service de médecine interne d'un hôpital régional l'ayant sollicité, ce spécialiste a relaté que l'image histologique des biopsies était compatible avec une œsophagite de reflux et indiqué que l'évolution de la maladie était favorable, avec une guérison de l'œsophagite érosive.

5.8 Le 6 juillet 2018, après avoir pris connaissance des nouveaux documents au dossier, la spécialiste du SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

5.9 L'organisation auprès de laquelle le recourant a effectué une mesure d'intervention précoce (l'établissement d'un bilan de compétences) a rendu son rapport final le 24 octobre 2018. Il en découle que certains paramètres sont indéfinissables (vrai taux de travail, différence entre taux de présence et d'activité réelle), que l'intéressé dispose d'un savoir-faire qui pourrait être remobilisé et que de nouvelles compétences pourraient être développées, pour autant que les facteurs de stress soient diminués. Il a aussi été spécifié que la gestion des émotions était à travailler, surtout la gestion des colères et des frustrations.

5.10 Mandaté par l'intimé afin de réaliser une expertise psychiatrique, un psychiatre et psychothérapeute a rendu ses conclusions le 8 novembre 2018, après avoir examiné le recourant le 22 octobre 2018. Il a alors posé les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de troubles obsessionnels compulsifs avec comportement compulsif (rituels obsessionnels) au premier plan (TOC, ch. F42.1 CIM-10) et de trouble mixte de la personnalité (personnalité narcissique et émotionnellement labile de type impulsif), actuellement décompensé (ch. F61.0 CIM-10). Il a

encore retenu le diagnostic (sans effet sur la capacité de travail) d'épisode dépressif moyen actuellement en rémission (ch. F32.1 CIM-10). L'expert a relaté que le recourant présentait de graves troubles de la personnalité qui avaient commencé à se décompenser après que celui-ci avait dû mettre un terme à l'un de ses projets professionnels les plus importants. Le recourant aurait alors développé un trouble obsessionnel compulsif (avec rituels de vérification et de rangement de plus en plus handicapants) afin de calmer son angoisse (principal symptôme constaté). Selon l'expert, lorsque ces rituels, accentuant l'épuisement des ressources, ne suffisaient plus, le recourant devient agressif, adoptant un comportement qui lui permet d'évacuer ses tensions et émotions négatives ainsi que d'éviter une prise de conscience douloureuse. Il s'agirait donc d'un moyen de défense contre la dépression. L'expert a toutefois précisé que le seuil diagnostique d'un épisode dépressif, même léger, n'était pas atteint et que, s'il y avait une dépression, celle-ci était en rémission. Il a aussi nié la présence de troubles explosifs intermittents, en relevant l'absence d'épisodes précurseurs de tensions, de même que d'un sentiment de soulagement après la réalisation des actes agressifs. L'expert a en revanche confirmé la présence d'une intolérance à la frustration, d'une difficulté à gérer les émotions, ainsi que d'un épuisement mental et psychologique lié aux rituels compulsifs et aux idées obsédantes handicapantes, avec comme conséquences des passages à l'acte hétéro-agressifs envers des objets et probablement des personnes, si la peur des conséquences légales disparaissait. Il a encore signalé que la thérapie n'était pas conduite dans les règles de l'art, la médication devant être adaptée et la psychothérapie intensifiée. Avec de telles mesures, ainsi que la continuation d'un coaching, l'expert a conclu que le recourant pouvait atteindre une capacité de travail de 50%, sans diminution de rendement, tant dans l'activité exercée que dans une activité adaptée (après un réentraînement au travail de 3 à 6 mois). Une augmentation supplémentaire a en revanche été jugée peu probable.

5.11 Le 4 décembre 2018, la spécialiste du SMR a confirmé les diagnostics du second expert mais déclaré que la capacité de travail retenue lui paraissait faible au vu des limitations fonctionnelles constatées et des activités extraprofessionnelles du recourant, ainsi qu'au regard du fait que ce dernier avait pu participer à une expertise de trois heures.

S'agissant du profil d'exigibilité, la spécialiste a renvoyé au rapport d'expertise de 2018, relevant qu'un climat de travail émotionnellement stressant était à proscrire et signalant qu'il existait en particulier des limitations de la capacité d'adaptation et de la tolérance aux frustrations. Elle a indiqué que les problèmes de personnalité devaient être identifiés lors du coaching, puis traités. Sous réserve d'un contrôle d'abstinence à l'alcool et aux drogues (qui s'est révélé négatif: voir dos. AI 101/2 du 20 décembre 2018), elle a retenu qu'en présence de facteurs contextuels favorables (notamment dans son activité actuelle), le recourant était capable de travailler 5 heures par jour avec une réduction de rendement de 20%, une augmentation de la capacité de travail étant envisageable si l'adaptation des thérapies devait aboutir à des résultats favorables. Une réévaluation a été conseillée après deux ans.

5.12 Le service des enquêtes a délivré un nouveau rapport sur l'activité professionnelle indépendante le 13 février 2019. Il y a adapté le taux d'incapacité de travail en fonction de la dernière évaluation du SMR. Partant, il a conclu à un taux d'incapacité de travail de 53% dans chaque domaine d'activité (taux correspondant à la différence entre un horaire de 25 heures au lieu de 42,3 heures hebdomadaires, à laquelle ont encore été retranchés 20% de perte de rendement). Ce faisant, les taux d'incapacité de travail pondérée ont été arrêtés à 11%, 28% et 14% (total de 53%; cpr avec c. 5.6).

5.13 Avec ses objections contre la préorientation du 13 mai 2019, le recourant a produit un rapport de son spécialiste traitant du 7 juin 2019, dans lequel celui-ci a confirmé son diagnostic de trouble explosif intermittent. Il a indiqué que, contrairement à l'avis de l'expert, les accès agressifs/impulsifs d'un tel trouble surviennent rapidement et spécifiquement, sans qu'il n'y ait forcément de période prodromique. Le spécialiste traitant a ajouté qu'il avait adapté la thérapie selon les conseils de l'expert, mais que, quel que soit le traitement, retenir un taux d'incapacité de travail inférieur à 75% pouvait être dangereux pour le recourant et pour autrui.

5.14 Enfin, avec sa réplique, le recourant a remis un dernier écrit de son spécialiste traitant, du 9 mars 2020, dans lequel celui-ci a expliqué que le

trouble explosif intermittent demeurait présent et seulement relativement maîtrisé, ajoutant que le taux d'activité limité à 25% contribuait à ce résultat et faisait partie de la thérapie. Il s'est référé à des différences de critères diagnostiques selon le système de classification choisi en précisant aussi que, selon la littérature scientifique, le trouble explosif intermittent coexistait fréquemment avec des troubles de la personnalité. Le spécialiste a aussi signalé que l'expert se contredisait en retenant le diagnostic de TOC (qui implique que le fonctionnement quotidien soit entravé) alors qu'il faisait état d'un fonctionnement harmonieux et de satisfaction de l'intéressé durant une journée type. Enfin, il a déclaré que le recourant avait scrupuleusement suivi sa thérapie et contesté que celle-ci n'ait pas été conduite dans les règles de l'art. Ce rapport, certes postérieur à la décision attaquée (date déterminante pour l'examen du juge des assurances sociales: ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1), porte notamment sur des faits antérieurs à l'acte entrepris et il est donc de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue. Il fait donc partie des documents figurant au dossier dont il y a lieu de tenir compte (voir SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

6.

Se pose la question de la force probante de l'expertise de novembre 2018 organisée par l'intimé.

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

6.2 D'emblée, concernant les divergences entre parties quant à l'indépendance des auteurs des divers avis médicaux, il faut rappeler qu'au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4), on ne saurait mettre en cause les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour mettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 124 I 170 c. 4; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 c. 4; SVR 2017 IV n° 49 c. 5.5). Au niveau des avis du SMR (donc de médecins internes à l'administration), si leurs rapports satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (voir c. 6.1), ils ont en principe aussi valeur probante (SVR 2018 IV n° 4 c. 3.2). Toutefois, si leurs conclusions sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de la position contractuelle du médecin – à savoir le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci (ATF 135 V 465 c. 4.5, 125 V 351 c. 3a/cc) – ne suffit pas à écarter ces doutes et une expertise judiciaire ou administrative remplissant les conditions de l'art. 44 LPGA doit être organisée (ATF 142 V 58 c. 5.1, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6).

6.3 En l'espèce, d'un point de vue formel, il n'est pas contesté que l'expertise psychiatrique du 8 novembre 2019 a été mise en œuvre en respectant les exigences de l'art. 44 LPGA (dos. AI 85 notamment). Elle répond aux exigences posées par la jurisprudence, s'agissant de la valeur probante des documents médicaux. L'expert, dont les qualifications en psychiatrie et psychothérapie ne sauraient être critiquées, a procédé à un entretien personnel avec le recourant, a pris en compte ses plaintes subjectives, son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) ainsi que l'ensemble des pièces pertinentes produites (dos. AI 95.1/2-9). Les résultats ont dès lors été arrêtés en pleine connaissance du dossier (l'expert ayant du reste confirmé que le dossier à sa disposition était suffisamment étoffé et ne nécessitait pas d'autres

précisions; dos. AI 95.1/17). Les conclusions de l'expert sont par ailleurs détaillées, étayées et ne laissent pas apparaître d'élément permettant de soupçonner des lacunes lors de la genèse de l'expertise. De plus, le rapport d'expertise contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281.

6.4 Sur le plan matériel, les tâches spécifiques et exclusives incombant à l'expert impliquent essentiellement qu'il pose un diagnostic et décrive l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail (voir c. 2.4 et, par ex.: TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 c. 7.1). En l'occurrence, l'expert a, sur un plan global, exposé que les divers symptômes, renvoyant chacun à un diagnostic catégoriel différent, et le tableau clinique caméléonique qui découlent de l'angoisse éprouvée rendent complexe la psychopathologie mais qu'il était correct de parler d'état-limite quant à la structure de la personnalité de l'expertisé qui, fondamentalement, agit faute d'introspection et pour éviter de ressentir (dos. AI 95.1/18-19 et 23-24). S'agissant des diagnostics avec impact sur la capacité de travail qu'il a retenus, l'expert était en particulier tout à fait conscient que les TOC ne figuraient pas encore au nombre des troubles recensés au dossier (dos. AI 95.1/20). Il découle cependant du rapport d'expertise que ce diagnostic s'est imposé au vu des indications spontanées émises par l'expertisé (besoin de toucher du bois lorsque l'horloge retentissait durant l'examen, comparable à celui de se trouver en haut des escaliers de son atelier au moment où le téléphone sonne, de terminer la pose de mastic avant la prochaine sonnerie de téléphone ou de toucher un bout de bois [et pas la rambarde] en montant les escaliers; dos. AI 95.1/10). En outre, l'expert a posé ce diagnostic après avoir rappelé les critères de la CIM-10 et relaté que le recourant les remplissait tous. Aussi, il a indiqué de façon convaincante que le recourant avait recours à des rituels compulsifs pour faire face à un état d'angoisse (dos. AI 95.1/10-16-18) et à des sentiments de détresse (nouvelles réglementations l'ayant contraint à abandonner des projets de récupération des énergies renouvelables qui lui permettaient de mener un train de vie plus élevé, distance prise par ses filles à son égard par peur de lui, problèmes de couple, mauvaise entente avec ses sœurs et beaux-frères et exigences professionnelles accrues dépassant ses facultés d'adaptation). Le rapport

permet par ailleurs de constater que le diagnostic de trouble mixte de la personnalité décompensé a aussi été retenu en fonction des critères énumérés par la CIM-10 (dos. AI 95.1/22 s.), dont trois au moins étaient réalisés, selon l'entretien approfondi avec le recourant (dos. AI 95.1/11-15), tant pour la personnalité impulsive que pour la personnalité narcissique. A ce sujet, l'expert a en particulier mentionné que ce dernier ne tolérant pas la frustration, dans l'incapacité à gérer ses émotions, sa colère et à maîtriser ses actes, avait une tendance au passage à l'acte hétéro-agressif et n'avait aucune empathie (il avait indiqué que ses filles ne lui manquaient pas et qu'il tenait une liste d'une quinzaine de personnes dont il souhaitait se venger en sachant comment les tuer et les faire souffrir sans laisser de traces avant de partir à l'autre bout du monde, seule la peur des conséquences légales le dissuadant jusque-là; dos. AI 95.1/14 s. et 95.1/25-26). De surcroît, l'expert a décrit de manière cohérente qu'afin d'exister et de forger son identité (voir aussi dos. AI 95.1/18 § 4 in fine), le recourant avait depuis toujours eu besoin de s'imposer par la force ou en se montrant plus malin, plus capable, plus riche ou plus intéressant, aussi par des actes négatifs (dos. AI 95.1/24). Il a encore écrit qu'il avait des difficultés à appréhender sa souffrance, évacuant ses tensions par l'action, en particulier lorsque ses mécanismes de défense habituels sont inefficaces (soit ses rituels obsessionnels, étant précisé que le contrôle constitue aussi pour lui un moyen de dominer l'angoisse de l'échec, voir dos. AI 95.1/26, 95.1/14 § 3 et 95.1/18 § 2 in fine). Selon l'expert, de tels passages à l'acte permettraient en outre au recourant de se redonner un rôle actif et de contrecarrer son vécu de passivité face aux bouleversements subis. Il éviterait ainsi la prise de conscience qui serait douloureuse et facteur de dépression (dos. AI 95.1/19). En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, c'est donc de manière compréhensible que l'expert a conclu que l'intéressé était intolérant à la frustration, avait des difficultés à gérer ses émotions et présentait une tendance au passage à l'acte. Il a également ajouté de façon logique que les idées obsédantes et les rituels compulsifs engendraient un épuisement mental et psychologique (dos. AI 95.1/26). Enfin, en conséquence notamment du fait que le diagnostic de TOC n'avait pas été retenu jusqu'à l'expertise, l'expert a conseillé une adaptation du traitement médicamenteux et une intensification du suivi psychothérapeutique (dos. AI 95.1/27). C'est sur la

base de ces considérations que l'expert a estimé que le recourant serait capable d'exercer son activité à 50%, sans réduction de rendement, trois mois après l'adaptation de sa thérapie et une période de réentraînement au travail de 3 à 6 mois (dos. AI 95.1/34).

6.5 Certes, le recourant remet en cause les diagnostics de l'expert, par le biais de l'avis de son spécialiste traitant joint à sa réplique, qui critique essentiellement la mise à l'écart, dans l'expertise, du diagnostic de trouble explosif intermittent. Le spécialiste traitant défend son diagnostic en relatant qu'à l'inverse de l'avis de l'expert (fondé sur la CIM-10, qui ne contiendrait pas de critère adéquat concernant ce trouble et le classerait dans une catégorie "superflue"), il fallait retenir, sur la base du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V, plus récent que la dernière version de la CIM-10), que ce trouble survenait sans période prodromique. Selon le spécialiste traitant, en gardant le diagnostic justifié de trouble explosif, intermittent et n'intervenant pas forcément dans un contexte interpersonnel, en tant que comorbidité du trouble mixte de la personnalité (non contesté en soi), quant à lui permanent et lié à des situations interrelationnelles (de type cependant prioritairement antisocial, puis narcissique et émotionnellement labile), l'expert aurait conclu à une atteinte non seulement beaucoup plus invalidante, mais aussi beaucoup plus dangereuse pour le patient et la société (syndrome de la fusillade de Zoug). Le spécialiste traitant expose aussi que le diagnostic de TOC, qu'il ne conteste pas, n'est cependant pas compatible avec la description harmonieuse de la journée type relatée par l'expert et que cette symptomatologie est plutôt devenue une source supplémentaire de frustration. Au surplus, il conteste toute mauvaise compliance et inadéquation du traitement (suivi aussi par une psychothérapeute et médication optimisée plusieurs fois), décrit les problèmes (médicaux, financiers, sociaux et familiaux) créés par les troubles et conclut qu'une compensation adéquate de la perte de gain due à ces troubles invalidants devrait être accordée pour éviter de mettre en péril la vie du patient et celle d'autres citoyens.

6.6 En l'espèce, l'expert a expliqué pourquoi il excluait le diagnostic de trouble explosif intermittent. Il a attribué ce diagnostic à la catégorie des

"autres troubles de l'habitude et des impulsions" et a discuté le critère selon lequel ces troubles sont en principe précédés d'une période prodromique de tension suivie d'un sentiment de soulagement (dos. AI 95.1/19 s.), en concluant que le dossier allait à l'encontre de cette condition. Ces éléments ressortent effectivement de la CIM-10 (ch. F63.8) et la spécialiste du SMR (voir c. 5.4) a soutenu le même raisonnement. A première vue donc, l'appréciation figurant dans l'expertise reste quand même valable pour une partie des praticiens, étant relevé que l'expert psychiatre et la spécialiste du SMR impliqués disposent tous deux de titres de médecins diplômés et postgrades spécialisés en psychiatrie/psychothérapie antérieurs à leurs interventions dans le présent dossier, tandis que le spécialiste traitant, certes chef de clinique et portant le titre de docteur, ne dispose d'un diplôme de médecin, sans autre spécialisation médicale, que depuis 2019 (voir le registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique: www.medregom.admin.ch). Quoi qu'il en soit, s'il est vrai qu'il ressort des critères du ch. 312.34 DSM-V, relatifs au trouble explosif intermittent, que les accès agressifs doivent être impulsifs et survenir après peu ou pas de période prodromique, cette classification contient néanmoins certains autres critères peu compatibles avec le cas du recourant, notamment les indications que le comportement agressif débute rarement après 40 ans et que les accès surviennent en réponse à une provocation mineure d'une personne proche ou intime (critère dont le spécialiste traitant a expressément nié la présence systématique pour le recourant). De surcroît, le spécialiste traitant n'est pas très cohérent en insistant sur le fait que le recourant présente prioritairement une personnalité antisociale alors qu'un tel comportement figure parmi les causes d'accès agressifs récurrents susceptibles d'exclure un trouble explosif intermittent (ch. 312.34 DSM-V, critère de diagnostic F). Le spécialiste traitant ne discute pas non plus à ce sujet le fait que l'expert a admis un certain retrait social perdurant malgré la rémission de la dépression (dos. AI 95.1/19 § 4). De toute façon, même si le diagnostic de l'expert devait être battu en brèche, il n'en resterait pas moins que le spécialiste traitant et l'expert sont, globalement, d'un avis similaire quant aux répercussions des diagnostics (ce qui compte plus que la catégorisation exacte du diagnostic pour l'évaluation de l'AI; ATF 142 V 106 c. 4.4). Le spécialiste traitant ne conteste du reste pas en soi les deux diagnostics de l'expert. Concernant le trouble mixte de la

personnalité, l'exclusion de l'intermittence (qui existe pour le trouble explosif), par opposition à la permanence, ne ressort pas expressément du ch. F61 CIM-10. L'expert et le spécialiste traitant admettent que le trouble dépressif est compensé ou résolu et sont d'accord sur les limitations fonctionnelles. Le spécialiste traitant évoque surtout le risque de passage à l'acte, le caractère rigide et perfectionniste du recourant, de même que son fonctionnement rituel, éléments tous pris en considération par l'expert, qui retient également que le risque de passage à l'acte est sérieux et encore aggravé par l'épuisement inhérent au TOC. Dès lors, l'appréciation du médecin traitant ne saurait remettre en question les conclusions découlant de l'expertise. Elle ne met pas en évidence des aspects importants – et ne relevant pas d'une interprétation médicale purement subjective – qui, dans le cadre de l'expertise, sont restés inconnus ou pas appréciés (SVR 2019 UV n° 31 c. 3, 2017 IV n° 49 c. 5.5). L'expertise est ainsi concluante et exempte de contradiction, si bien qu'il convient d'en confirmer le caractère probant.

7.

Il sied encore d'apprécier si les conclusions de l'expertise peuvent être suivies d'un point de vue juridique.

7.1 L'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 c. 4.3), dont les principes ont ultérieurement été étendus à l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques (cf. ATF 143 V 409 et 418; ATF 145 V 215). Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 c. 3.2). Une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale qui interviendrait en vertu d'un meilleur savoir juridique n'est toutefois pas autorisée. Il faut bien davantage se demander dans le cadre de l'appréciation des preuves si les limitations fonctionnelles constatées médicalement apparaissent à un degré (à tout le moins) de vraisemblance prépondérante univoques et

concluantes au vu du cadre normatif applicable. En fin de compte, la question décisive demeure celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble; celle-ci ne peut être résolue, en droit des assurances sociales, que d'un point de vue juridique (ATF 145 V 361 c. 3.2.2, 144 V 50 c. 4.3).

7.2 Une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, 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 (cpr. 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).

7.3 En l'espèce, il sied de relever que l'expert a exclu tout signe en faveur d'une théâtralisation ou d'une exagération (dos. AI 95.1/28).

S'agissant de l'examen au premier niveau, on peut, à l'instar de l'intimé du reste, donc nier tout motif d'exclusion (ATF 141 V 281 c. 2.2.1, 139 V 49 c. 1.2). Quant à l'examen du deuxième niveau, à raison, l'intimé, en suivant en cela l'expert, a mis en relief, sous l'aspect des ressources personnelles, que le recourant travaillait à temps partiel dans son garage, s'adonnait à des activités de loisirs (marche, bricolage, vélo), réalisant par ailleurs aussi des travaux dans son chalet et établissant lui-même la comptabilité de son entreprise et, sous l'aspect des ressources sociales, vivait avec son épouse et ses deux enfants, qu'il entretenait des contacts (certes qualifiés de mauvais) avec sa famille d'origine et qu'il voyait ses amis. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que le recourant ne rencontrait pas de limitation au niveau social et des loisirs (en se fondant ainsi sur le complexe "contexte social"; ATF 141 V 281 c. 4.3.3). L'absence de limitation substantielle dans les domaines de la vie autres que le cadre professionnel, que l'intimé a déduite sous l'angle de la cohérence, suivant aussi en cela l'expert (dos. AI 95.1/28), peut aussi être confirmée. Néanmoins, en raisonnant de la sorte, l'intimé a fait l'impasse sur toute l'évaluation, aussi proposée par l'expert, concernant les capacités, les ressources et les difficultés (dos. AI 95.1/29-33). L'expert a certes écarté toute lacune dans les ressources cognitives, en revanche, il a constaté que le recourant était passablement démuné en ressources émotionnelles et affectives ainsi que sociales, n'éprouvant, à de rares exceptions près, aucune empathie et de l'attachement (utilitaire, de sujet à objet) qu'en fonction de ce que les autres lui apportent sur le plan narcissique en lui reconnaissant des qualités, surtout sur le plan professionnel. Ce besoin de reconnaissance le rend d'autant plus vulnérable lorsqu'il ressent un sentiment d'infériorité sur le plan financier ou professionnel, qui rend inopérantes ses défenses obsessionnelles, ce qui ne lui permet plus d'éviter une décompensation induisant des comportements explosifs. Selon l'expert, le recourant n'a pas intégré les interdits l'empêchant de passer à un acte de vengeance extrême à l'encontre des personnes de sa liste. Après discussion des 13 aptitudes du mini-CIF (petite échelle de classement fondée sur la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé permettant d'évaluer les conséquences des troubles psychiatriques sur l'activité et la participation), l'expert estime que l'impact de son fonctionnement laisse à l'assuré une capacité de travail

réduite à 50%. Bien que le tableau clinique qu'il a observé lors de l'entretien soit moins prononcé que ce qui ressort d'autres documents médicaux (du fait de la découverte du TOC, relativement contrôlable par la thérapie), l'expert explique pourquoi la capacité de travail n'est pas complètement entravée, mais pas entière non plus (dos. AI 95.1/28). Cette réduction provient à ses yeux essentiellement de la nécessité de conservation d'activités strictement ritualisées planifiées et parfaitement organisées, composantes du TOC, qui conduit facilement à l'épuisement, cela pour éviter la décompensation.

7.4 Ce raisonnement, cohérent, ne peut être balayé par un caractère d'une gravité insuffisante des atteintes résultant, selon l'intimé, des possibilités non épuisées de traitement et des différences de niveaux d'activités entre la vie professionnelle et extra-professionnelle. En effet, contrairement à ce qu'avance l'intimé, il n'apparaît pas que la fréquence, considérée comme modérée par l'expert, des séances de psychothérapie ait dépendu d'une quelconque mauvaise coopération du recourant. De même, il a été confirmé par le spécialiste traitant que le recourant s'est scrupuleusement conformé à la médication qui lui a été prescrite, y compris lors des changements ayant été déterminés par des effets secondaires indésirables et de l'adaptation selon les conseils de l'expert (voir c. 5.13 et 5.14). Dès lors, le caractère invalidant des troubles du recourant ne peut pas leur être dénié du seul fait qu'ils peuvent (éventuellement) encore être soignés ou traités à plus ou moins longue échéance. Un droit à une rente, si les conditions de l'art. 28 LAI sont remplies (voir c. 3.3), ne peut être exclu de ce fait (ATF 141 V 281 c. 4.3.1.2, 127 V 294 c. 4c) et encore moins un droit à toute prestation. Quant aux différences de handicap entre sphères professionnelle et privée, elles doivent déjà être nuancées dans la mesure où les troubles du recourant ont aussi entraîné des dysfonctionnements dans sa vie privée. Les relations avec les personnes qui connaissent les phases problématiques de son comportement perdent inmanquablement de leur spontanéité afin d'éviter tout risque de froisser sa susceptibilité. Il ne faut pas oublier que le point déterminant à élucider en AI consiste à évaluer la mesure dans laquelle 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, mais que l'examen doit également porter sur la question de savoir si l'exercice de cette activité n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1). Bien qu'à première vue cela puisse paraître choquant par rapport à d'autres atteintes psychiques à apprécier selon les indicateurs, le trouble du recourant, dont l'acuité a été attestée médicalement quel qu'en soit le ou les diagnostics exacts (ou fluctuants), a cela de particulier qu'il exige précisément, pour rester maîtrisé, un certain niveau de sérénité qui dépend essentiellement de l'intensité d'engagement dans l'activité professionnelle, qui doit être compensée par des périodes pas tant de repos, mais d'activités ritualisées rassurantes mais peu rentables dans le garage et dans les loisirs. Pour cette raison, la pondération souvent significative du complexe cohérence dans l'analyse de indicateurs, doit être relativisée. La restriction de la capacité de travail, pas totale mais tout de même sévère vu l'interaction des diagnostics, à laquelle parvient l'expert (dos. AI 95.1/20; restriction, certes de degrés divers, à laquelle étaient aussi parvenus le SMR [voir c. 5.4 et 5.11] et le premier expert, de même que le spécialiste traitant) ne peut être niée juridiquement par le biais de l'analyse structurée sans basculer dans une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale. En niant tout caractère invalidant aux diagnostics et leur interaction, l'intimé minimise les indicateurs "comorbidité" et "personnalité" (ATF 141 V 481 c. 4.3.1.3 et 4.3.2) du complexe du degré de gravité fonctionnel (voir ATF 141 V 281 c. 4.1.3). Il néglige le handicap et l'épuisement des ressources engendrés par les rituels qui, en l'état, servent de barrage au risque, sérieux (dos. AI 95.1/25-26 et 34), d'explosions dangereuses (dos. AI 95.1/18, 21 et 26) et qui ne pourront que difficilement disparaître, même avec une médication et un suivi adaptés (dos. AI 95.1/34 § 2). Le Tribunal ne peut pas suivre l'avis de l'intimé niant tout trouble invalidant

7.5 Est cependant problématique l'évaluation de l'ampleur de la restriction de la capacité de travail et ses éventuelles fluctuations susceptibles d'influer sur le niveau d'une rente durant la période couverte par l'objet de la contestation, c'est-à-dire, du 1^{er} novembre 2017 (naissance au plus tôt d'un droit à une rente, au vu de l'incapacité de travail à 75% attestée à partir du 15 novembre 2016 et du délai d'attente d'un an prévu

par l'art. 28 LAI [voir c. 3.3, 5.2 et 5.14], de même que du fait que le délai de carence de 6 mois dès l'introduction de la demande de prestations de l'art. 29 al. 3 LAI était échu avant novembre 2017) jusqu'à la date de la décision contestée du 22 novembre 2019 (limite dans le temps de l'état de fait soumis à l'examen du Tribunal, voir ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

7.5.1 L'expert (rapport de novembre 2018) part de l'incapacité de travail de 75% attestée depuis novembre 2016 par le spécialiste traitant (à l'exception de l'essai de diminution de l'incapacité à 60% qui s'était soldé par un échec en août 2017) et soutient qu'une capacité de travail de 50%, sans perte de rendement, pourra fort probablement être atteinte après trois mois de traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré adapté avec en plus un coaching au sens d'un réentraînement au travail d'une durée de trois à six mois (dos. 95.1/26, 33 et 34). Le 7 juin 2019, le spécialiste traitant a communiqué qu'en dépit de l'adaptation du traitement selon les conseils de l'expert (médication et suivi psychologique en plus de celui de type psychiatrique et psychothérapeutique), il maintenait que diminuer l'incapacité de travail en-dessous de 75% représentait un danger pour le patient et pour autrui.

7.5.2 Il faut toutefois constater que la réduction du taux de travail à 25% est uniquement fondée sur le chiffre que le recourant a lui-même fourni, au début du traitement, à son spécialiste traitant, et qu'il a tenu à maintenir par la suite. Il ressort en effet du dossier que, même au début de la prise en charge, c'est le recourant qui a insisté pour le maintien d'au moins un taux de 25% "afin de ne pas perdre l'entier de sa clientèle" (rapport d'assessment du 10 décembre 2017 pour l'assureur perte de gain maladie; dos. AI 51/4). Les rapports médicaux au dossier montrent que l'épisode dépressif initial s'est résorbé à tout le moins à partir de juin 2017, ce qui s'est traduit par une amélioration à tout le moins de l'état de santé. Le rapport du premier expert (voir c. 3) décrit un travail au garage trois jours par semaine, environ six heures par jour et prévoit une capacité de travail de 50% dès juillet 2017 et de 70% dès août 2017. Les rapports de juillet et décembre 2017 du spécialiste traitant (voir c. 5.2) mentionnent un trouble dépressif compensé et un essai d'augmentation de la capacité de travail en

août 2017. L'évaluation du SMR sur dossier (voir c. 5.4), ciblée sur la dépression, conclut à une perte de rendement à évaluer à 20% en mars 2018. Par la suite, la limitation de la capacité de travail à 25% a été maintenue par le spécialiste traitant en raison des risques de décompensation (détérioration de la situation pendant l'essai d'août 2017). Dans ses échanges avec les divers intervenants dans son dossier, le recourant a fait diverses déclarations à ce sujet, à savoir qu'il travaillait du mardi au jeudi au garage, le vendredi par téléphone et qu'il restait au calme le lundi (Protokoll au dossier du TA, 2 février 2018); que l'idéal serait de garder son emploi indépendant trois jours par semaine et d'avoir en plus un revenu fixe de l'ordre de celui de l'indemnité de perte de gain (Fr. 2'500.-), afin d'arriver à Fr. 6'000.- à 7'000.- par mois (Protokoll, 23 février 2018, 13 mars 2018 et 22 juin 2018); qu'il travaillait auparavant environ 50 heures par semaine et qu'il avait réduit à trois jours complets par semaine (enquête du 23 février 2018; dos. AI 61/2). Le bilan du coaching du 24 octobre 2018 (suivi depuis février 2018; voir c. 5.9) relate que le coaching est arrivé à son terme avec une optimisation en l'état (si l'assuré ne décide pas de changer sa façon de faire, de diminuer encore son temps de travail ou de vendre le garage). Le recourant a d'ailleurs lui-même indiqué qu'il avait adapté son travail en déléguant les activités qui lui causaient de la nervosité ("Protokoll", 2 février 2018 et 22 juin 2018; enquête: dos. AI 105/3). Le bilan de coaching cependant estime qu'il est impossible d'établir le vrai taux de travail ni d'évaluer le rendement de l'assuré, celui-ci ayant seulement estimé qu'"il ne se trouverait pas à 80% sur place et/ou en activité pour son garage, mais à moins" (dos. AI 93/4). Il découle de ces différentes déclarations du recourant une moyenne hebdomadaire de trois jours complets sur une activité antérieure d'environ 50 heures et un manque à gagner d'environ Fr. 2'500.- sur Fr. 6'000.- à Fr. 7'000.-. Des constats ainsi qu'estimations des intervenants impliqués, de même que du coaching ayant été mené à terme, il apparaît à l'évidence que le taux d'activité fixé subjectivement à 25% est bien inférieur à l'activité professionnelle effectivement encore réalisée. Il s'avère dès lors que le taux de 50%, évoqué par les deux experts et aussi approximativement par le SMR (voir c. 5.11 et 5.12) – taux englobant la présence au garage, le travail pour le garage effectué ailleurs (à domicile ou pour l'acquisition de clientèle p. ex.) et tenant compte d'un rendement réduit – peut être

confirmé au degré de la vraisemblance prépondérante et ce, à tout le moins, dès l'échéance du délai d'attente en novembre 2017 et jusqu'à la décision attaquée, quand bien même aucune augmentation de taux n'a suivi l'adaptation des traitements.

7.6 Il en résulte que, contrairement à l'avis de l'intimé (négation de tout trouble invalidant), la proposition d'appréciation de la capacité de travail à un taux de 50% faite par l'expert doit être suivie, ceci toutefois, non seulement après un temps d'adaptation, mais pour toute la période couverte par l'objet de la contestation.

8.

8.1 Dans la phase de procédure où l'intimé a reconnu l'existence d'un trouble invalidant, le calcul de l'invalidité avait été fondé sur les rapports de son service des enquêtes des 14 février 2018 et 13 février 2019 (voir c. 5.5 et 5.12). Ce service a renoncé à appliquer la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité, qui consiste à comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (art. 16 LPG), parce que la comptabilité du recourant versée au dossier ne constituait pas une base fiable. En effet, les données recueillies couvrant les années 2011 à 2016, l'enquêteur a considéré qu'il s'agissait d'une période déjà entièrement touchée par les troubles du recourant. Le service des enquêtes de l'intimé a donc arrêté le taux d'invalidité au moyen de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. Cette méthode, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 28a al. 2 LAI), veut que l'empêchement provoqué par l'atteinte à la santé dans le cas d'espèce soit déterminé sur la base d'une comparaison des activités (tâches diverses intervenant dans le travail de l'assuré). Cet empêchement doit ensuite être pondéré en vue de déterminer ses conséquences sur la capacité de gain (ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2c). A cette fin, il faut évaluer l'empêchement subi dans chacune des activités et déterminer ses répercussions économiques en se fondant sur les valeurs salariales les mieux adaptées au cas concret, telles que les estimations disponibles

auprès des associations professionnelles spécifiques à la branche (ATF 128 V 29 c. 4a à 4c). Dans le cas spécifique du recourant, comme son incapacité de travail et de rendement, de par sa nature particulière, se répercute de la même façon tant dans les tâches de direction et administration, que dans les travaux de carrosserie ou ceux de petits services et petite mécanique, la diminution de la capacité de rendement fonctionnelle entraîne une perte de gain globale de la même importance (ce qui ne serait pas nécessairement le cas si le handicap était différent dans les diverses activités; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2c). Ainsi, en se fondant sur les estimations successives du SMR (voir c. 5.4 et 5.11) d'une perte de rendement de 20%, puis d'une capacité de travail de cinq heures par jour avec une perte de rendement de 20% (soit, par rapport à un horaire statistique dans la branche de 42,3 heures par semaine, une incapacité totale de 53%; dos. AI 105/7), le service des enquêtes est arrivé à des pertes de gain correspondantes (dos. AI 61 et 105).

8.2 A juste titre, le recourant n'a pas critiqué au cours de la procédure la valeur probante de ces rapports d'enquête. Ceux-ci ont en effet été établis par un spécialiste des enquêtes, soit une personne qualifiée. Celui-ci s'est en outre entretenu avec le recourant sur son lieu de travail, de sorte qu'il a pu avoir connaissance de la situation locale et spatiale. Il a par ailleurs pris connaissance du dossier et dès lors pu également prendre en considération les empêchements et handicaps résultants des diagnostics médicaux. Finalement, le contenu de ces rapports a été rédigé de manière détaillée, est motivé et apparaît plausible. Rien ne justifie par conséquent de remettre en cause la valeur probante de ces écrits (voir ATF 140 V 543 c. 3.2.1, 130 V 61 c. 6.2, SVR 2018 IV n° 69 c. 3.2) et, notamment, la méthode utilisée. En effet, c'est à raison qu'après avoir étudié les comptes (bilans ainsi que profits et pertes) à disposition des années 2011 à 2016 (incapacité de travail ayant commencé en novembre 2016; voir c. 5.2), même en les mettant en parallèle avec l'aperçu du compte individuel de cotisations (CI) du recourant (voir dos. AI 26), il n'était pas possible d'évaluer de façon fiable un revenu hypothétique sans invalidité puisque des troubles ont été attestés en 2016 comme toujours plus présents depuis une dizaine d'années. A ce sujet, il faut aussi considérer que le changement de forme juridique du garage en 2015 (voir c. A) compliquait

encore plus la comparaison. Le CI montre à tout le moins que les revenus soumis à cotisations que le recourant réalise sont, à une petite exception près en 2001, de nature indépendante depuis fin 1986 jusqu'à la création de la société en 2015 et qu'une baisse sensible de ces revenus est intervenue depuis 2009 par rapport aux années 2001 à 2008, qui se caractérisent toutefois par d'importantes fluctuations.

8.3 En conséquence, il convient donc de chiffrer le taux d'invalidité à 50% (même taux que l'incapacité de travail/rendement), ce qui donne droit à une demi-rente qui prend naissance au 1^{er} novembre 2017 (voir c. 7.5 s.).

8.4 Enfin, à l'instar du SMR (voir c. 5.13) et du service des enquêtes (dos. AI 105/7), il y a tout particulièrement lieu de souligner au vu du caractère particulier des troubles ici en cause, qu'il appartiendra à l'intimé de fixer une date de révision rapprochée afin de vérifier dans quelle mesure la situation a évolué non seulement sur le plan médical, mais sous l'angle de l'engagement professionnel du recourant.

9.

9.1 Au vu de tout ce qui précède, on ne peut suivre l'intimé lorsqu'il nie tout droit à des prestations AI. Par conséquent, le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et une demi-rente d'invalidité octroyée au recourant dès le 1^{er} novembre 2017 (y compris éventuelles rentes accessoires pour enfants). Au surplus, le recours doit être rejeté. Il incombe à l'intimé de faire procéder au calcul de la ou des rente(s) et de rendre la ou les décision(s) nécessaire(s).

9.2 En l'espèce, le recourant a conclu, à titre principal, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Les divergences entre les conclusions et le jugement relatives à la seule quotité d'une prestation d'assurance sociale n'ont toutefois, selon la jurisprudence, pas d'influence sur l'ampleur de l'examen judiciaire et donc pas non plus sur la répartition des frais et dépens. Cette répartition n'est donc pas influencée par le caractère partiel du gain de cause (ATF 117 V 401 c. 2c; TF 9C_580/2010 du 16 novembre 2010 c. 4.1; SVR 2016 IV n° 12 c. 5).

9.2.1 Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont dès lors mis intégralement à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). L'avance de frais du recourant lui sera restituée.

9.2.2 Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a en outre droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 3 et art. 108 al. 3 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 19 mai 2020 qui ne prête pas à discussion compte tenu 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, disponible sur le site internet du TA), sont fixés à Fr. 1'222.30 (honoraires: Fr. 1'085.50, débours: Fr. 49.40 et TVA: Fr. 87.40) et mis à la charge de l'intimé.

Par ces motifs:

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle refuse tout droit à des prestations AI. Une demi-rente d'invalidité est accordée au recourant dès le 1^{er} novembre 2017. L'intimé fera procéder au calcul et au versement de cette prestation ainsi que des éventuelles rentes pour enfant qui en dépendent et rendra la ou les décision(s) nécessaire(s). Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'Office AI Berne. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant sera restituée lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. L'Office AI Berne versera au recourant la somme de Fr. 1'222.30 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la procédure judiciaire.
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 prévoyance E._____.

La présidente:

Le greffier:

e.r. Ph. Berberat, 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).